Anno XX. Roma, 6 luglio 1913 Fasc. 27

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

La cura del tetano col metodo Baccelli.

Affinchè nel « *Policlinico* » si trovino tutti o almeno la gran parte dei casi di tetano curati con le iniezioni sottocutanee di acido fenico, andiamo raccogliendo i casi che ci vengono inviati inediti e quelli pubblicati in periodici italiani o stranieri o in opuscoli. A intervalli diamo corso a un numero che raduna la serie di nuove osservazioni riunite in un periodo di tempo più o meno breve. La bontà dei risultati ottenuti è documentata nelle annate del « Policlinico »: con la cura mediante le iniezioni di acido fenico la prognosi del tetano è divenuta meno triste.

Potrei dispensarmi ora da ogni commento, poichè la questione è trattata con alta competenza e con giudizio sereno nell'articolo di *Gulaew*, che qui sotto riproduciamo, largamente riassunto, dal russo. Pure mi sembrano opportune poche e brevi note.

La semplicità della cura con le iniezioni sottocutanee di acido fenico (malgrado i molteplici appoggi ch'essa ha ricevuto dalla patologia sperimentale) ha servito piuttosto a ritardarne anzichè a diffonderne l'uso. Le preoccupazioni di fare una *terapia scientifica* (pur quando l'esperienza l'ha dimostrata in clinica per lo più troppo tardiva) ha impedito di ricorrere a una cura che la casistica aveva provato sicuramente vantaggiosa.

Una seconda osservazione devo fare: quando si affermano i sicuri vantaggi della cura fenica, non si pretende ch'essa guarisca ogni caso di tetano. Qualora il tetano abbia breve incubazione e rapida evoluzione, non è arrestato da nessuna cura; spesso non lascia il tempo perchè la cura sia neppure applicata. L'acido fenico benefica assai, spesso guarisce, i casi, anche gravi, che diano tempo ad una applicazione adeguata del rimedio.

Ribadire in che cosa consista quest'applicazione adeguata dell'acido fenico nel tetano è la ragione di una terza ed ultima nota: malgrado l'insistenza con cui *Baccelli* e i suoi scolari prima, moltissimi degli osservatori poi, hanno sostenuto

che riescono efficaci soltanto le grandi dosi, cioè dosi che vanno dai 20-30 centig. iniziali fino agli 80-100 e più *pro die* (tenendo conto della tolleranza individuale), malgrado le numerose prove offerte dalla clinica che dosi così alte sono per lo più bene sopportate dai tetanici, molti autori si fermano alle dosi di 5-10 centig. stabilite dalle farmacopee.

In quest'errore cade per es. *Paul Krause* di Bonn che, occupandosi della terapia del tetano nel recente e buon trattato diretto da *Mohr* e *Staehlin*, fa consistere la cura iniziata da *Baccelli* in 1-2 iniezioni al giorno della soluzione carbolica al 2 %, e asserisce che a lui in casi gravi di tetano essa non ha dato risultati favorevoli. Ho citato *Krause* a titolo d'onore, perchè egli tratta delle singole infezioni, tetano compreso, con profonda cognizione e con sicuro discernimento. Un errore così grossolano commesso da un uomo versato nello studio delle infezioni ha dimostrato anco una volta la difficoltà che incontrano le cose nostre a penetrare nel dominio scientifico e mi ha spinto a preporre queste magre osservazioni alla felice documentazione che la nuova serie di fatti porta in favore del metodo *Baccelli* nella cura del tetano. *a. v.*

Sulla cura del tetano in genere e specie col metodo Baccelli.

(N. A. GULAEW della Clinica chirurgica del professore PRAKSIN di Kazan, *Rousskii-Wratch*, n. 28 del 1912).

Ricorre la fine del terzo decennio da che Nicolaier ha scoperto il bacillo del tetano, e benchè sia bene conosciuto e studiato il quadro clinico del terribile morbo, la lotta contro di esso si trova al punto quasi come nei primi anni dopo la scoperta della sua causa.

Perciò con molta attenzione, con fede e con entusiasmo, bisogna accogliere ogni seria comunicazione scientifica nella quale si parla di una lotta efficace.

Il primo posto tra le numerose comunicazioni di questi ultimi anni, indubbiamente, spetta a quella del prof. Baccelli, e, secondo le statistiche, la cura del tetano con il solo suo metodo ha dato sempre risultati meravigliosi.

Nel 1890 Behring e Kitasato proclamavano che la legge della immunizzazione dell'organismo per mezzo di un siero di un animale immunizzato in modo naturale od artificiale, vale non meno per il tetano che per la difterite.

Dopo avere proposto la immunizzazione, Behring stesso dimostrò sperimentalmente la efficacia curativa del siero, quando questo è preso in quantità che superi 100 volte l'unità immunizzante.

Data la conferma nel campo della difterite, da allora in poi i tentativi di tutti i medici furono rivolti verso la sieroterapia.

L'affinità della tossina difterica con quella del tetano certamente favorì questo entusiasmo. In ambedue i morbi i batteri sono concentrati in un focolaio ristretto, ove elaborano le loro tossine, che poi vengono lanciate in circolo. Nella difterite, però, il focolaio primitivo si localizza presto, può essere riconosciuto presto, e ciò mette in grado di ricorrere alla sieroterapia, prima che sia avvenuto l'avvelenamento generale dell'organismo, ed il siero, neutralizzando le tossine circolanti nel sangue, riesce a salvare l'organismo.

Il focolaio primitivo del tetano invece non è tipico e non è facilmente riconoscibile; e quando si delinea il quadro clinico, nella maggior parte dei casi, nessuna quantità di siero è più atta a fissare il veleno prodotto dal bacillo, e necessariamente l'organismo soccombe.

Nei casi lievi la quantità delle tossine è moderata, per modo che si rende possibile la guarigione spontanea e questa non deve ascriversi al siero. (Si possono distinguere due forme di tetano: 1ª con un periodo di incubazione da 1-10 giorni e con enorme percentuale di mortalità, sino al 95%; 2ª con un periodo d'incubazione da 10 a 15 giorni e con una grande percentuale di guarigioni spontanee).

A poco a poco cominciavano a registrarsi i primi insuccessi curativi, che mitigarono un poco il primo grande entusiasmo per la sieroterapia, e furono compiuti numerosi esperimenti per spiegare la questione.

Donitz, p. es., nelle sue ricerche viene alla conclusione, che la quantità dell'antitossina deve essere proporzionata al tempo tra il verificarsi del male ed il principio della cura. Dopo 4 minuti la quantità del siero dovrebbe superare leggermente la quantità della tossina. Dopo 8 minuti deve essere 6 volte più grande e dopo una ora 24 volte più grande.

Da ciò si desume, che esiste un limite di tempo, al di là del quale, per quanta antitossina si introduca, è impossibile salvare l'organismo.

Behring sostiene l'efficacia curativa del siero e consiglia di ricorrere ad esso, non più tardi di 36 ore dopo il verificarsi dei primi sintomi del male. Ma nella letteratura sono numerosi i casi con esito negativo, benchè nelle prime 36 ore fossero state introdotte grandi dosi di siero (1,000,000 unità immunizzanti per volta e poi nelle prime 30 ore 4,000,000 e al 2°, 3°, 4°, 5° giorno complessivamente 4,000,000 un. imm.).

La fede degli ultimi sostenitori della terapia dovette crollare dopo la guerra russo-giapponese, quando i medici tedeschi che facevano servizio nell'esercito russo, tornati in Germania, diffondevano i risultati della loro triste esperienza.

Al 35° Convegno di chirurgi tedeschi, moltissimi scienziati come Kocher, Krönlein, Pochamer, Tilman, Vreden, Manteifel ed altri, decisamente si espressero contro la sieroterapia nel tetano. Friedländer la ritiene addirittura pericolosa, e descrive un caso in cui dopo l'introduzione del siero le convulsioni aumentano violentemente e dopo una mezz'ora avviene la morte.

La cura del siero fu fatta introducendolo nei modi più diversi: iniezioni sottocutanee, intramuscolari, endocerebrali, sotto la dura madre (questi ultimi due modi d'introduzione furono molto combattuti da Pease) in forma di applicazioni locali sulla ferita come pomata o in polvere; ma i risultati furono ugualmente negativi, ed i pochi casi, seguiti da guarigione, furono casi lievi, che avrebbero avuto lo stesso esito anche senza qualsiasi cura.

Negando assolutamente ogni efficacia curativa del siero, la maggior parte degli autori moderni (Koch, Bergmann, Bockenheimer, Pochamer, Busde, Chatol ed altri) insistono favorevolmente sulla cura profilattica, nei casi sospetti, prima di ogni intervento chirurgico.

Secondo Nocard la profilassi ha dato ottimi risultati in veterinaria, ed il suo successo non è minore nella medicina.

Nel 1903 su 466 casi di morte dopo le ferite, Welles ne porta 406 casi a causa del tetano, mentre nel 1907, quando nei casi sospetti fu adoperato il siero, su 164 casi letali solo 62 sono per tetano. Nel 1903 Schern porta una statistica di 16 casi di tetano su 56 casi di morte, ma nel 1904, dopo l'introduzione del siero, non ha più avuto nessun caso di tetano. Pochamer, Sien Jacobson, Pease ed altri sono in accordo che il siero deve essere introdotto varie volte con intervalli di 6-10 giorni.

Nella Clinica di Bergmann la profilassi viene praticata su larga scala: la ferita viene disinfettata con acqua ossigenata, e si praticano iniezioni di siero nei muscoli e nei tronchi nervosi. Se il tetano si verifica prima di 12 giorni si ricorre all'amputazione degli arti feriti; se dopo il 12° giorno, l'amputazione è ritenuta superflua. Si ricorre pure all'uso di sostanze grasse e lipoidi, le quali pare neutralizzino le tossine.

I bacilli del tetano si fermano a lungo nel loro punto d'ingresso, ed era naturale che molti medici avessero rivolta molta attenzione verso la ferita. Si sono praticate disinfezioni accurate delle ferite, vaste aperture, causticazioni, perfino l'amputazione degli arti feriti (Clairmont), ma tutto senza alcun risultato, ed il tetano, una volta entrato, seguitava a produrre le sue rovine. Questo si spiega con il fatto che il malato capita al medico, per lo più, quando si è già affermato il quadro clinico, e quando le tossine sono già in quantità tale da uccidere l'organismo.

Le sostanze narcotiche come la morfina, l'idrato di cloralio ed il cloroformio, entrati nell'uso ancora prima della sieroterapia, oggi conservano una parte importante nel campo della terapia del tetano.

Queste sostanze non sono in grado di neutralizzare le tossine del tetano, non possono attaccarle chimicamente e perciò non possono dare un benefizio reale.

La loro azione non può essere che palliativa, perchè esse calmano solamente l'eccitabilità riflessa dell'organismo, ma con questo, secondo alcuni, dànno all'organismo la possibilità di raccogliere nuove forze per una lotta successiva.

Hutchings cita su 5 casi 6 guarigioni per mezzo del cloretone, somministrato per via orale o per clistere.

Subito dopo l'introduzione del medicamento le convulsioni diminuivano e le sensazioni subiettive del malato erano migliori. Però lo stesso autore osserva che si trattava di casi lievi.

Un altro rimedio molto usato nell'epoca antivaccinica era il curaro, in soluzione acquosa di 0.001 sino 0.02-0.025 nelle 24 ore per iniezioni ipodermiche. Ma anche esso agisce paralizzando le terminazioni nervose nei muscoli, dove per primo sono legate le tossine del tetano, e la sua non è una azione chimica. Passata l'azione del curaro, la tossina prosegue la sua attività distruttrice.

Da alcuni è stata proposta la colesterina e due casi sottoposti a tale trattamento sono descritti da Almagià e Mendes.

Molti autori hanno usato il solfato di magnesia nella terapia del tetano.

Blaine consiglia di introdurre nello speco vertebrale 1 cmc. di solfato di magnesia in soluzione al 25 % per ogni 25 libbre (kg. 12.5) di peso dell'organismo, e di ripetere tali iniezioni ogni 3 giorni, perchè questo preparato ha la tendenza di accumularsi nell'organismo. Può essere adoperato anche associato con siero. Anche Miller comunica sulla azione benefica di questo preparato introdotto nel rachide; l'unico incoveniente è il rallentamento del respiro sino a 5-7 al minuto, oltre che diventa superficiale. Poi segue una sudorazione profusa, da rendere necessario ricorrere a iniezioni di atropina. Egli, però, è del parere che bisogna usare il solfato di magnesia per preservare l'organismo dall'esaurimento. Peterson ritiene il solfato di magnesia un rimedio innocuo, atto a diminuire le convulsioni.

Tuffier per il primo pubblicò nel 1896 buoni risultati ottenuti con salassi, seguiti da iniezioni di siero fisiologico.

Con questo trattamento aveva ottenuto 2 guarigioni su 3 casi di tetano. Iacowski comunica 4 casi trattati con tale metodo. Egli ritiene come molto logico togliere parte del sangue intossicato e sostituirlo con soluzione fisiologica, che rafforza il lavoro del cuore e favorisce la secrezione dell'urina e del sudore. In 2 casi l'autore aveva tentato prima forti dosi di cloralio, ma inutilmente. Allora ricorse al salasso seguito da ipodermoclisi. Nel 1° caso fece 3 salassi, nel 2°, 2, nel 3°, 1 e nel 4°, 2, togliendo ogni volta 200-300 cmc. di sangue e introducendo 450-500 cmc. di soluzione fisiologica. In tutti i casi si determinò subito sudore profuso e diminuirono i dolori e le convulsioni.

L'ultimo metodo di cura è quello del Kraus, che l'ha sperimentato in un caso molto grave di tetano, con buon risultato.

Sotto lieve narcosi cloroformica egli ha escisso la ferita insieme coi tessuti sani circostanti ed ha causticato la superficie sanguinante. Ha tolto i gangli ingorgati e causticato le ferite. Poi, sottratti 500 cmc. di sangue, lo ha sostituito con altrettanta soluzione fisiologica. Sospesa la narcosi, ha praticato la puntura lombare e dopo avere fatto escire quasi tutto il liquido cefalorachidiano, ha eseguito un vero lavaggio dello speco vertebrale con soluzione fisiologica al 0.3 per 100 di zucchero. Quando questa soluzione era stata eliminata ha iniettato nello speco 2 siringhe di Pravaz di soluzione fisiologica.

Già al 6° giorno il paziente era quasi guarito e residuava solo lieve cefalea.

* * *

L'autore ha sottoposto al trattamento col metodo di Baccelli due infermi: uno degente nella clinica chirurgica del prof. Praksin, l'altro nell'ospedale sotto la direzione del dott. Kotelow. Ecco brevemente le loro storie cliniche:

I. — Il 15 luglio 1911 viene all'ambulatorio chirurgico il paziente L. con affezione tipica tetanica. Non potè arrivare sino alla camera d'osservazione e con sofferenze atroci cadde svenuto in anticamera dove fu visitato. Era uomo di statura media e di forte costituzione fisica. L'atteggiamento del volto era quello del riso sardonico. I denti erano stretti così da non permettere il passaggio di un piccolo apribocca. L'infermo si trovava in forte opistotono. Gli attacchi si succedevano quasi di continuo, il corpo tendeva a piegarsi ancora di più e reagiva ad ogni minimo rumore.

Specialmente forti erano le contrazioni dell'addome duro come una tavola. Molto tormentose erano le contrazioni del diaframma e degli altri muscoli respiratori. Il respiro era difficile e frequente. Temp. 38.5. Era doloroso guardare questo corpo tormentato da tante sofferenze e di dover ammettere la nostra impotenza a lenirle. Finito l'attacco il malato raccontò che 14 o 15 giorni prima si era punto il piede con un chiodo, che era entrato per circa 1 ½-2 cm. La ferita guarì presto, ma dopo 8 giorni quando si trovava già in possibilità di camminare e di lavorare, fu colpito da febbre: la sensazione di caldo si alternò con brividi di freddo, e fu costretto a mettersi in letto.

Il giorno successivo avvertì un impedimento nei masseteri e quasi contemporaneamente leggeri brividi alle gambe e per tutto il corpo. Quattro giorni dopo si stabilì la sindrome tipica.

Non avendo fiducia nel siero, l'autore ha ricorso in principio al curaro ed alla morfina per calmare le sofferenze dell'infermo. Il curaro fu ordinato alla dose di 0.04 in 20.0 di acqua e la morfina all'1 %. L'uno e l'altra furono somministrati per iniezioni alternativamente ogni 3 ore.

Al giorno successivo le condizioni dell'infermo erano visibilmente peggiorate. L'addome era diventato ancora più duro, il respiro molto frequente e superficiale a causa della contrazione dei muscoli respiratori. V'era ritenzione di feci e d'urina e senso di grande malessere.

Il 17 luglio, per consiglio del prof. Praksin, l'autore si decide a tentare la cura colle iniezioni sottocutanee di acido fenico al 3 %, secondo il metodo del prof. Baccelli, descritto nel *Berliner Klin. Wochenschrift* del mese di giugno.

S'incomincia ad iniettare ogni 4 ore 2 cmc. di soluzione fenica al 3 %, per introdurre nelle 24 ore nell'organismo 0.36 di acido fenico puro.

Il risultato fu molto superiore ad ogni aspettativa.

Dopo tre giorni era sensibile un miglioramento notevole. La bocca cominciò ad aprirsi, e tra i denti si poteva introdurre liberamente la punta del cucchiaio da caffè.

La contrazione dei muscoli addominali era minore e si riuscì ad alimentare il paziente con liquidi per via orale.

La temperatura scese sino 37°.

Al quarto giorno era possibile la minzione spontanea. Al quinto giorno l'alvo divenne diarroico.

Persistevano forti le contrazioni del diaframma e dei muscoli del collo. Il malato sudava molto e urinava di frequente e poco. L'urina era normale.

Si aumentò la quantità di acido fenico sino 0.48. 0.50 nelle 24 ore.

Passano altri 8 giorni e a poco a poco scompaiono le contrazioni del diaframma, dei muscoli respiratori e dell'addome, persistenti con tanta tenacia. Il respiro diventa libero, scompaiono l'affanno e il trisma e riesce possibile la nutrizione normale.

Cedendo al desiderio del malato, gli fu concesso un bagno caldo, che aumentò i brividi, quasi del tutto scomparsi, e perciò il bagno fu omesso sino alla guarigione completa.

Nel 25° giorno di malattia, dato lo stato quasi normale del paziente, la quantità di acido fenico fu diminuita da 0.48 sino a 0.12 nelle 24 ore, e le iniezioni furono fatte di un cmc. ogni 6 ore; due giorni dopo ricomparve forte senso di malessere, poi di nuovo i brividi alle gambe, che si generalizzarono in altri due giorni e si diffusero ai muscoli addominali e toracici.

Aumentando le dosi del fenolo sino a 0.36 nelle 24 ore i brividi cessarono nuovamente.

Allora si incominciò a decrescere gradualmente la quantità del fenolo, sino ad arrivare a 0.12 il 27 agosto.

A scopo di controllo, in quel giorno, invece di 0.12 fu introdotto 0.06.

Nuovamente si verificarono i brividi, che aumentarono sino a che si ricorse a 0.12, dopo di che diminuirono e tra qualche giorno scomparvero del tutto.

Dopo, le iniezioni furono eseguite ancora per molti giorni, prima a 0.06 e poi 0.03 al giorno. Il malato guarì completamente.

Complessivamente furono somministrati gr. 14.5 di acido fenico, che egli ha tollerato bene e le convulsioni diminuivano proporzionalmente all'aumento della quantità di acido fenico.

II. — L'altro paziente, giovine robusto di anni 20, fu trovato dal proprio padre mentre giaceva ubbriaco sulla strada con una ferita alla testa. Fu portato all'ospedale, dove gli venne fasciata la testa. Sei giorni dopo si accorse di non poter aprire la bocca liberamente. Undici giorni dopo fu ricoverato all'ospedale. Sulla testa si riscontravano tre ferite contuse, delle quali una arrivava sino all'osso. Le ferite erano coperte di granulazioni torpide e di pus. Il volto esprimeva un misto tra la smorfia e il riso. I masseteri erano fortemente contratti. I denti, stretti, non permettevano il passaggio dell'abbassalingua. Fortemente esagerati i riflessi tendinei e muscolari e tanto più quanto più ci si avvicinava alla testa. Ad ogni stimolo i muscoli, principalmente quelli toracici, reagivano con numerose contrazioni tetaniche. Respiro affannoso. Temper. 37°.5, puls. 78, resp. 32, impossibilità di rispondere alle domande a causa del trisma. La ragione delle maggiori sofferenze dell'infermo erano le contrazioni dolorose del diaframma.

S'incomincia la cura secondo il metodo Baccelli, somministrando per iniezioni la soluzione di acido fenico al 3 %: ogni quattro ore 2 cmc. (0.36 nelle 24 ore).

Al terzo giorno fu fatto un bagno a vapore a 50°, ma questo non fece che peggiorare le condizioni del malato, e non fu ripetuto.

Nei giorni successivi scomparvero le contrazioni della faccia ed il riso sardonico. All'11° giorno il malato liberamente apriva la bocca e l'affanno era cessato. Dopo 17 giorni, a guarigione completa, furono sospese le iniezioni e complessivamente era stato somministrato 5.4 di fenolo.

Come si vede chiaramente dalle storie cliniche, tutti e due questi casi di tetano appartengono alla forma grave, con periodo d'incubazione inferiore a 10 giorni, e sono stati salvati solamente grazie al trattamento col metodo Baccelli.

È un metodo semplice e facilmente accessibile ad ogni medico pratico, ed è forse a causa di questa sua troppa semplicità che non occupa ancora il posto che meriterebbe nella terapia del tetano.

Venne proposto ancora prima del periodo della sieroterapia; ma come ogni metodo nuovo, e e tanto più così semplice e diretto contro un male tanto terribile, al principio male attecchì anche nella propria patria, l'Italia.

Solo dopo il crollo delle illusioni che aveva fatto nascere la sieroterapia, la realtà trionfò sulla teoria.

Nel 1888, al Congresso di medicina interna a Roma, Gualdi comunicò un caso guarito con iniezioni di fenolo. Dal 1888 al 1897 Imperiali ha raccolto 26 casi, e nel successivo decennio, trascorso l'entusiasmo della sieroterapia, la quantità di guariti col metodo Baccelli arriva a 141, cioè quasi sei volte di più. La mortalità per tetano sarebbe così diminuita da una media di 90 % a 17.36 %. Nelle statistiche di Berhing la mortalità raggiunse l'88 %.

Nel 1902, al Congresso dei chirurghi francesi, dopo la comunicazione di 80 casi di tetano guariti con iniezioni di acido fenico al 3 %, con una mortalità di 10 %, il fenolo fu riconosciuto come mezzo specifico contro il tetano.

Da tempo remoto era conosciuta l'influenza sedativa del fenolo sul sistema nervoso, ed esso fu usato nelle neuralgie e mialgie; Baccelli ammette anche un'azione antitossica. Al XV Congresso di medicina interna a Genova venne accettata non solo l'azione antitermica, ma anche quella antitossica. Kitasato nel 1890 e Tizzoni e Babes nel 1895, avevano dimostrato che las oluzione fenica al 5 % uccide il bacillo di Nicolaier in 30 minuti. Lo stesso Babes riuscì ad immunizzare gli animali contro il tetano, iniettando siero di animali resi immuni per mezzo di iniezioni di fenolo.

Benchè il meccanismo dell'azione del fenolo, cioè la sua azione biochimica e biologica, debba essere ancora oggetto di molti studi, la sua importanza pratica è grande, e bisogna augurarsi che venga sperimentato sempre più largamente.

Dott. OLGA RESNEVIC.

Cura di un caso di tetano secondo il metodo Baccelli

per il dott. GIOVANNI LEPORE.

La cura del tetano con le iniezioni fenicate, secondo il metodo ideato e proposto da quel luminare della scienza medica, che risponde al nome di Guido Baccelli, rappresenta uno dei dati più certi della moderna terapia. Fra i molti casi, riferiti in proposito, il seguente trova anche il suo posto, come quello che non la cede ad altri per importanza.

G... C..., da Montefusco, contadina, sessantenne, maritata con prole, ha goduto sempre per lo innanzi buona salute; nulla di notevole conta nel suo gentilizio.

Nel giorno 10 ottobre 1912, all'ora di pranzo, avvertì una certa difficoltà nell'introdurre il cibo nella bocca, perchè le arcate dentarie si divaricavano a stento e con dolore. Questa difficoltà all'indomani crebbe a segno, che attraverso la rima orale era appena possibile l'introduzione di poche goccie d'acqua le quali venivano anche a stento deglutite per lo spasmo dei muscoli della deglutizione.

Al terzo giorno, quando fui chiamato a visitare l'inferma, trovai questa in posizione supina, ed oltre i fatti cennati notai rigidità della nuca, contrazione spastica dei muscoli del dorso in opistotono, rigidità dei muscoli degli arti superiore ed inferiore destro, di cui nel primo esisteva flessione dell'avambraccio sul braccio, nel secondo estensione abbastanza forte

Nei muscoli del tronco esistevano parimenti contratture, per le quali le escursioni delle costole si compivano a stento con ostacolo alla funzione della respirazione.

La temperatura segnava 39°.2; i polsi erano 116, gli atti respiratori 38; il sensorio normale.

Ad un lieve rumore nella camera, ad un piccolo urto del letto l'irrigidimento nei muscoli interessati diventava forte, strappando acute grida di dolore alla paziente, il corpo della quale sollevavasi ad arco sulla superficie del letto.

In base a questi dati era da ammettersi senza altro la diagnosi di tetano, che qualificai traumatico, perchè l'inferma al quinto dito della mano destra presentava traccie di ferita contusa in seguito a schiacciamento, verificatosi mentre che l'inferma cercava di fermare con pietra una botte vuota, destinata alla conservazione del vino.

Ammessa la diagnosi di tetano traumatico, ricorsi alla cura del completo riposo. L'inferma fu isolata in una camera, lontana da ogni possibile rumore. Di tratto in tratto, nel corso del giorno, le venivano fatte iniezioni ipodermiche di soluzione di morfina, alternate con iniezioni rettali di soluzione di cloralio, cui seguivano, due volte nelle 24 ore, clisteri nutritivi richiesti dall'impossibilità di somministrare alimento per la via orale.

Decorsi così vari giorni, poichè la scena morbosa inclinava a peggiorare, divenendo gli spasmi muscolari più intensi e frequenti, ricorsi al metodo Baccelli, e prescrissi subito una soluzione

fenicata all'1 %, di cui iniettai quattro siringhe da un grammo per giorno, durante un periodo di cinque giorni. A capo di questo cominciai a notare già un certo miglioramento, perchè il trisma appariva alquanto diminuito, potendo la sofferente introdurre nella bocca un cucchiaino d'acqua, che poi veniva ingoiato con minore difficoltà; la temperatura era ritornata normale.

Seguirono iniezioni con quantità sempre crescente d'acido fenico, che da un centigrammo per ogni grammo di veicolo (75 ctgm. d'acqua distillata e 25 ctgm. di glicerina) si portò alla dose di 50 ctgm. Le iniezioni venivano sempre ripetute nel numero di quattro tra mattina e sera; in modo che nell'organismo penetravano fino a 2 gm. di acido fenico per giorno.

In tutto si fecero 72 iniezioni e furono per queste impiegati gm. 13.60 di acido fenico, senza notare la più lieve intolleranza, nemmeno un accenno di colore nero dell'urina.

Il miglioramento si svolse con gradazione sempre crescente. Il trisma ebbe una fase regressiva fino alla completa scomparsa. Le contratture dei muscoli del tronco a poco a poco scomparvero, e permisero all'inferma di respirare liberamente. Ultime a svanire furono le contratture degli arti; il che segnò la completa guarigione della C.... che in questo momento gode la più perfetta salute.

Questo caso clinico, oltre a dimostrare l'efficacia dell'acido fenico in una malattia così terribile, quale il tetano, mette pure in evidenza la grande tolleranza del nostro organismo per l'acido fenico; circostanza questa che viemaggiormente incoraggia il medico pratico a ricorrere al metodo curativo esposto, altrettanto efficace, per quanto di facile applicazione.

Montefusco (Avellino).

Il trattamento coll'acido fenico in un caso di tetano

per il dott. AUGUSTO RIGHI.

F... G..., agricoltore, di anni 19. Soffrì a circa 3 anni d'età di corea a forma grave la quale tuttavia durò solo quattro giorni, cedendo prontamente alla cura, nè la malattia lasciò traccie sensibili nè si ripresentò.

Godette sempre buona salute fino al 27 agosto 1910 in cui cominciò a provare malessere generale e dolori vaghi alle regioni scapolari; non vi fece gran caso, tanto che non ricorse all'opera del medico che al terzo giorno dalla comparsa di questi disturbi, e trovai il malato in piedi accusante anche qualche dolore muscolare generale e colla temperatura di 38°.5; null'altro appariva di notevole e nessun precedente mi fu riferito all'infuori di quello che il giovane si era esposto recentemente alla pioggia, onde io prescrissi lì per lì unicamente un purgativo ed il necessario riposo. Il giorno dopo il malato mi dichiarò che provava senso di rigidezza al dorso e qualche difficoltà nell'aprire la bocca; messo tosto in allarme, interrogai insistentemente il giovane per indagare se avesse inavvertitamente riportato qualche lesione in una qualsiasi parte del corpo, mentre mi accingevo ad esaminarlo accuratamente; emerse allora una circostanza di capitale importanza e cioè che il F... fin da dieci giorni prima lavorando a smuovere un letamaio aveva riportato una ferita all'alluce destro per la presenza di un frammento di vetro nel concime e pel fatto di avere eseguito quel lavoro stando coi piedi nudi nel concime stesso; soggiunse il F... che pei primi tre giorni dopo il fatto aveva avuto suppurazione scarsa alla ferita, ma che poi sembrandogli questa quasi rimarginata, non vi aveva dato altrimenti importanza e si era astenuto dal farne cenno anche nella prima visita che gli praticai.

Tale circostanza unitamente al quadro clinico che si andò facendo subito appariscente, mi fece stabilire la diagnosi di tetano, e mi indusse a pensare subito alla relativa cura; infatti in breve si intensificarono i fenomeni dei muscoli dorsali, cervicali, e della masticazione e ne apparvero altri interessanti la deglutizione che era molto difficoltata come pure la favella, ed anche quelli delle estremità successivamente vi presero parte, mentre insorsero i primi accessi convulsivi.

All'esame obbiettivo risultava quanto segue: il giovane ha costituzione scheletrica regolare benchè non molto sviluppata, pelle di colorito bruno normale, mucose visibili normali, masse muscolari discretamente sviluppate, pannicolo adiposo piuttosto scarso. Al capo nulla di notevole come pure da parte degli organi dell'udito, della vista e dell'olfatto; la nuca è rigida, il torace di forma regolare con marcato opistotono al dorso, il ventre è alquanto avvallato, le braccia sono libere ma gli arti inferiori sono semicontratti, in ispecie le coscie semiflesse sul bacino ed i tentativi di distensione forzata riescono dolorosi. Alla faccia inferiore del dito grosso del piede destro una piccola cicatrice quasi completamente formata; nessuna secrezione. La sensibilità era normale come pure la coscienza, i riflessi cutanei e quelli patellari alquanto esagerati. Al malato non è possibile aprire la bocca che di pochi millimetri, la respirazione è alquanto frequente come pure il polso, e la temperatura di 38°.5; la pelle era quasi costantemente coperta di sudore. Il malato non riusciva a prender sonno e già nella notte antecedente e all'atto stesso dell'esame la persistente rigidità tonica veniva interrotta da accessi intercorrenti anche senza il bisogno di stimoli esterni. La lingua del malato era stata ferita diverse volte e profondamente durante gli accessi dalle arcate dentarie.

Non vi era dubbio che si trattasse di un caso di tetano grave; praticai tosto l'iniezione sulla massa muscolare dei glutei profondamente, valendomi di un ago non troppo grosso, di soli quattro centigrammi di acido fenico sciolti in 10 cmc. di acqua distillata. Quantunque il consiglio dato da me di tenere il malato nella quiete più assoluta non fosse stato molto seguito, lo trovai nel mattino seguente lievemente migliorato; la temperatura era invariata, ma l'infermo aveva passato qualche ora tranquilla e durante la notte gli accessi erano stati più rari; ripetei tosto l'iniezione raddoppiando la dose primitiva di quattro centigrammi; il giorno successivo lo stato generale dell'infermo era ancora migliore e quasi non aveva più accessi, però si nutriva malamente

per la persistenza del trisma e l'opistotono persisteva invariato e così pure la temperatura.

Al terzo giorno di cura praticai un'altra iniezione aumentando la dose dell'acido fenico ancora di quattro centigrammi, iniettandone cioè dodici sempre sciolti in dieci cmc. di acqua e nel quarto giorno trovai l'ammalato apiretico e che aveva avuto qualche ora di sonno. Di quattro centigrammi proseguii poi ad aumentare giornalmente la dose dell'acido fenico fino al decimo giorno dall'inizio; nel decimo giorno tutti i fenomeni morbosi erano scomparsi dopo aver raggiunto così un massimo di quaranta centigrammi di acido fenico nell'ultima iniezione.

Come è noto, il Baccelli dietro osservazioni compiute nella sua Clinica fece comunicare dal Gualdi al 1° Congresso di medicina interna nel 1888 gli ottimi risultati ottenuti dall'uso dell'acido fenico per via ipodermica nelle neuralgie, neuromialgie, neuriti e polineuriti; specialmente le forme trattate furono l'ischiatica, la sopraorbitale, l'intercostale, gli accessi stenocardici e l'angina pectoris, e fra questi casi vi era stato un caso di tetano traumatico di cui si verificò la completa guarigione in 25 giorni.

Il Baccelli allargò allora il campo delle sue osservazioni estendendole specialmente al tetano ed ottenendo buoni risultati che comunicò nel 1889. Poco dopo a conferma sorsero i lavori del Zeri, Ascoli, Metelli, Fedeli ed altri molti.

Nella Clinica del Baccelli le iniezioni soglionsi praticare ipodermiche, alla dose di 3-4 ctgr. per volta in soluzione acquosa ripetendole ogni 2-3 ore e nei casi gravi raggiungendo i 30-40 ctgr. nelle 24 ore e perfino i 72 centigrammi (1). Pare che fenomeni tossici non siano mai accaduti, ma giova tener presente che la sorveglianza fu assidua e le manifestazioni furono controllate assiduamente come si può fare in una Clinica. Sembra realmente che i tetanici presentino una grande tolleranza per l'acido fenico e Florioli riferisce di avere raggiunto la dose 3 grammi *pro die* senza inconvenienti. D'altra parte però non è prudente ricorrere di un tratto alle alte dosi specialmente nella pratica privata, nè ciò può lasciarci tranquilli od esserci indifferente, quando il medico curante non può visitare frequentemente l'ammalato. Tale era appunto il caso in cui ebbi ad usare l'acido fenico, in cui non mi era possibile il continuo controllo degli effetti del farmaco. Constatato il lievissimo miglioramento dopo la prima iniezione, non credetti di ricorrere rapidamente alle alte dosi, ma queste raggiunsi gradatamente saggiando per così dire la tolleranza individuale dell'infermo, raggiungendo ugualmente in soli dieci giorni la guarigione di un caso che presentava indubbi caratteri di gravità e che non era stato trattato con altri rimedi; occorre notare inoltre che la cura non era neppure stata intrapresa sollecitamente all'inizio. Pel tal modo non ebbi mai a riscontrare spiacevoli complicanze nè alterazioni nella funzione renale quantunque giornalmente praticassi l'analisi delle urine e l'esame microscopico del sedimento. E tuttavia l'azione dell'acido fenico anche così usato in dose progressiva fu efficace e pronta; aggiungerò che in due ricerche praticate durante il periodo di cura non fu riscontrata la sua presenza nelle urine le quali non dettero reazione fenolica.

Il fatto non è nuovo, giacchè lo trovo registrato da altri osservatori, nè è facilmente spiegabile a meno che si ammetta da parte dell'acido fenico una vera e propria combinazione biochimica con la tossina tetanica od una fissazione del fenolo alla cellula in sostituzione della tossina, col risultato di impedire anche a nuova tossina che eventualmente si formasse, di legarsi alla cellula, ciò che spiegherebbe i notevoli benefici effetti del suo uso.

Rubiera (Reggio Emilia).

(1) Il Policlinico, 1899.

Un altro caso di tetano guarito col metodo Baccelli delle iniezioni sottocutanee di acido fenico

per il dott. G. PICCALUGA.

M... L..., di Salvatore, di anni 10, di San Sperate. Padre e madre contadini, viventi, sani ed immuni da morbi costituzionali.

Anamnesi remota. — Ha sofferto il morbillo e la bronchite nella tenera infanzia; è stata poi sempre bene.

Anamnesi prossima. — Il 12 agosto 1912, mentre camminava scalza sul letamaio sito nel piazzale di casa, si ferì al calcagno sinistro dove le si conficcò un dente d'una vecchia forchetta di ferro arrugginita che da tempo era stata buttata in mezzo al letame. La M... stessa estrasse subito la punta acuminata dalla ferita, che sanguinò poco, e continuò a camminare senza più pensarci.

Dopo circa quattro giorni avvertì un lieve dolore alla ferita, che era alquanto gonfia, e da cui, alla pressione, fuoriuscirono alcune goccie di pus; la ferita poi cicatrizzò ed avvenne la guarigione.

La mattina e durante tutto il giorno del 19, ebbe brividi leggieri di freddo e febbre, con dolori agli arti, al tronco ed al collo che si esacerbarono il giorno seguente, e nella notte dal 20 al 21 si ebbe la esplosione di contrazioni muscolari toniche, qualificate dalla famiglia della M. per

attacchi nervosi, dapprima rari, ma che ben presto si fecero frequenti, lunghe, dolorose ed impressionanti tanto che la famiglia si decise a chiamarmi il 21 di mattina per tempo. Intervenni prontamente ed osservai il seguente quadro:

Ragazzetta di statura alta, ben conformata, con masse muscolari e tessuto adiposo mediocremente sviluppati, che emetteva grida lamentose, accusando dolori specialmente all'arto inferiore sinistro; coscienza integra.

Era in decubito supino con opistotono cervicale e dorsale, polso piccolo e frequente, respiro affannoso; temperatura 38°.7.

Aveva accessi frequentissimi di irrigidimento muscolare dell'intiero corpo al minimo rumore, conservando tale irrigidimento, specie agli arti inferiori, anche durante i brevi intervalli degli accessi.

Trisma non completo (divaricandosi le arcate dentarie non oltre due cm.), dolorabilità ai muscoli masticatori, disfagia; le pupille miotiche, la faccia presentava l'aspetto contratto, sardonico, con numerose rughe alla fronte. La lingua patinosa con due ferite lacere ai margini laterali, prodotte dai denti pel forte serramento delle mascelle durante gli accessi.

I muscoli addominali tesi e duri, gli arti inferiori rigidi più dei superiori, ed i piedi in forte clono e, cercando di voltare l'ammalata, mi accorsi ch'essa era rigida e come se fosse tutta di un pezzo.

Feci subito diagnosi di tetano e chiesi alla famiglia se l'inferma avesse di recente riportato qualche ferita, e difatti mi venne risposto affermativamente nel modo come già esposi nell'anamnesi prossima, ciò che confermò la mia diagnosi.

Nella faccia plantare del calcagno sinistro riscontrai un forellino già coartato, senza traccia alcuna d'infiammazione. La malattia in questa ragazzetta si era sviluppata una settimana dopo la ferita.

Ordinai subito l'oscurità ed il silenzio nella camera della malata e prescrissi una pozione di cloralio e bromuro di potassio a cucchiai, per via gastrica. La ferita era guarita.

Mi decisi subito, di fronte a questa infezione tetanica abbastanza grave, di adoperare la cura Baccelli ed intrapresi le iniezioni di acido fenico in soluzione al 2 % dapprima e passando poi alle soluzioni al 3 ed al 5 %.

Il 21 agosto iniettai 12 centigr. in tre iniezioni, una ogni cinque ore, per saggiare la resistenza dell'inferma. Il 22 agosto condizioni immutate, gli accessi sempre frequentissimi e dolorosi, polso celere, respiro frequente, temperatura 38°, insonnia. Iniettai 20 centigr. in 5 iniezioni (1 ogni 4 ore), ed alle ore 23 feci una iniezione di morfina (0.01). Alimentazione lattea, ma la deglutizione è alquanto difficoltata e dolorosa.

Per altri 7 giorni e sino al 29 agosto iniettai giornalmente 20 centigr. di acido fenico in 5 iniezioni (1 ogni 4 ore), ed una iniezione di morfina (0.01) alla notte e sempre il cloralio e bromuro per via gastrica.

Il 27 agosto l'inferma accenna a voler defecare ma non vi riesce, per cui somministrai un purgante (calomelano) ed il giorno successivo si ottennero due evacuazioni abbondanti e fetide.

Il 29 agosto gli accessi tendono a diminuire ed a farsi più brevi; l'inferma riposa ad intervalli, ha il sensorio più libero, il polso meno celere, il respiro meno frequente, temperatura 37°5. Le orine sempre chiare tranne che il 24 agosto, giorno in cui si presentarono verdastre oscure, ed all'esame fattone mi risultarono prive d'albumina.

Perplesso un po' per questo fatto, che m'indicava un principio di intossicamento carbolico, non accrebbi la dose del farmaco come avrei desiderato, ma decisi continuare ad iniettare 20 centigr. al giorno e le orine ritornarono chiare il 25.

L'inferma vuol essere spesso cambiata dalla posizione supina a quella bocconi, ma è sempre rigida come stecchita e, nel toccarla per voltarla, grida pel dolore dell'accesso che le si provoca.

30 agosto. — Polso celere, respiro frequente, temperatura 37°.1. Verso il mezzodì gli accessi tendono a farsi nuovamente più frequenti e dolorosi per cui, vista la tolleranza dell'inferma all'acido fenico, iniettai 28 cgr. in 7 iniezioni.

31 agosto. — Iniettai 30 cgr. in 7 iniezioni e cioè 6 di soluzione al 2 % ed una di soluzione al 3 %. Gli accessi sono diminuiti alquanto e si sono fatti più leggeri; l'inferma riposa ad intervalli, le gambe piegano passivamente.

Alimentazione lattea con biscotti; perdura il senso di costrizione al torace ed il dolore, ma solo durante gli accessi.

1 settembre — Continuai colla soluzione 3 % e iniettai 42 cgr. in 7 iniezioni. L'inferma è più tranquilla e riposa più a lungo, gli accessi divengono sempre più brevi e rari.

Polso e respiro regolari, temperatura 37°. Diminuito alquanto l'atteggiamento del volto sardonico, scomparsa la disfagia e meno accentuato il clono ai piedi.

L'inferma giace supina o bocconi, però con gli arti inferiori sempre in estensione; tollera meglio la luce ed i rumori; orine chiare.

2 e 3 settembre. Continuando il miglioramento iniettai solo 36 cgr. al giorno in 6 iniezioni. Però la notte del 3 ha avuto insonnia e gli accessi si rifecero frequenti.

4 settembre. Iniettai 44 cgr. è cioè 4 iniezioni di soluzione 3 % e 2 di soluzioni 5 %. Gli accessi son diminuiti assai di numero, l'inferma sta meglio, muove bene gli arti superiori e, dietro invito, piega, benchè lentamente, le gambe. Cessato il clono ai piedi, sparite completamente le rughe della fronte, il trisma ed il dolore ai muscoli masticatori. Sudorazione abbondante, orine chiare, abbondanti e prive di albumina; l'ammalata comincia a girarsi da sola nel letto.

5 settembre. Iniettai 50 centigr. della soluzione 5 % in 5 iniezioni. Continua il miglioramento generale, gli accessi si riducono a pochissimi; perdura la dolorabilità ai muscoli del tronco.

L'inferma è di buon umore, ha appetito, però insonnia.

6 settembre. Cessai l'uso del cloralio e, in vista della completa scomparsa degli accessi, ridussi la quantità dell'acido fenico a 30 cgr. in 3 iniezioni. L'inferma si alza per brevi istanti e fa qualche passo, sorretta sotto le ascelle; polso, respiro e temperatura regolari. Di notte somministrai 0.02 di eroina.

7 settembre. Iniettai 20 cgr. in 2 iniezioni, alla notte prescrissi 0.02 di eroina.

L'8, 9, 10, 11 e 12 settembre iniettai cgr. 10 al dì in 1 iniezione. L'inferma si alza ogni giorno e cammina sebbene con lentezza. Il 16 settembre rividi la M... e constatai con piacere che camminava speditamente e che era completamente guarita con gr. 5.38 di fenolo in 97 iniezioni, nello spazio di 23 giorni.

Questo caso occorsomi nella mia condotta di San Sperate (Cagliari) e che ho qui descritto, ho creduto opportuno renderlo noto non solo per accrescere la casuistica del tetano trattato col metodo ideato dal geniale Clinico di Roma, ma anche per segnalare i risultati così brillanti ottenuti con tale metodo, così facile, sicuro ed alla portata di tutti i medici, anche delle campagne più remote, e per invogliare altresì i colleghi, specie di condotta, ad usare, senza dubbi ed arditamente, questa cura di fronte a casi di così terribile malattia.

Pertanto sonomi sempre più persuaso che l'azione del fenolo in questa malattia è triplice: antitermica, sedativa e antitossica, ed è tanto più efficace quanto più presto si adopera ed in dosi relativamente elevate (alcuni hanno usato dosi addirittura *massive*), data la grande tolleranza che presentano i tetanici per questo farmaco.

San Sperate (Cagliari), 20 settembre 1912.

Il tetano e la cura Baccelli

per il dottor GIOVANNI DI MONTE.

Non riporto una casuistica più o meno copiosa, poichè, per nostra buona ventura, il tetano qui viene a molestarci con una rarità abbastanza confortante.

E' la relazione intorno ad un solo caso, l'unico da me incontrato nella mia non lunga pratica professionale, il quale offre alcuni caratteri degni di considerazione, riguardo alla patogenesi e alla cura.

Non mi indugierò nella descrizione minuta del quadro sintomatico poichè solo per brevi note esso si discosta da quelli illustrati nei varî trattati di patologia umana.

Il 2 luglio del 1907, tal P... V... A... fu Giuseppe contadino da Bitritto di anni 65, coniugato con prole, richiese il mio interessamento perchè colpito da una malattia, egli diceva a stento, che non gli permetteva di discostare gran che le mascelle. Trovai infatti l'infermo seduto a letto, affetto evidentemente da trisma per cui, divaricando di un paio di centimetri appena le arcate dentarie, con voce rauca e fioca, potè fornirmi di alcune brevi notizie sulla sua attuale malattia. Egli mi riferì che circa sei giorni innanzi, dormendo all'aperto in campagna, fu colto nel sonno da una fine pioggerella la quale lo bagnò interamente talchè, egli fu costretto tornare in paese per mutare di abiti.

Nel giorno seguente, cominciò ad avvertire lieve cefalea, raucedine e dolore nella deglutizione. Applicati dei fomenti caldi alla gola, non migliorò, fino al punto che, sopraggiunto il trisma, ha dovuto richiedere il mio aiuto. In quanto ai suoi precedenti anamnestici, essendo una vecchia mia conoscenza, sapevo che di notevole, egli aveva sofferto in varî periodi della sua vita, due volte la polmonite lobare a destra, e fatti reumatici di minor importanza.

L'esame fisico delle fauci era reso impossibile dalla forte contrattura dei muscoli della masticazione. La palpazione delle regioni sotto-mascellari dimostrava chiaramente una poli-adenite acuta che deponeva per un focolare infiammatorio prossimiore e propriamente indovato alle tonsille e alle fauci; una tosse insistente, secca e *belante* ribadiva maggiormente il mio sospetto.

L'esame fisico del torace metteva in chiaro la consueta polmonite la quale, anche in questo frangente, aveva voluto visitare il mio infermo. Tutti gli altri organi erano in quel momento, nei limiti del normale. In breve il mio infermo era affetto indubbiamente da tetano reumatico. La famiglia dopo aver inteso con rammarico i miei pronostici tutt'altro che lieti circa l'esito della infezione, richiese la consultazione di un autorevole collega, il quale fu completamente d'accordo con le mie vedute diagnostiche e avendogli parlato di voler iniziare subito la cura Baccelli, egli, entusiasta del suo vecchio maestro, con suo pieno compiacimento, l'approvò, pregandomi di riferirgli in ultimo l'esito della cura.

La forma nosologica subiva le sue fasi, senza grave allarme. Nei primi 3 giorni fu iniettato mezzo grammo al giorno di acido fenico in soluzione acquosa al 2 %, sotto cute e in varî periodi. Al 4° giorno, cominciarono le convulsioni toniche con rigidità muscolare agli arti destri; poscia si diffusero agli arti sinistri. La dose del preparato carbolico fu aumentata fino a gm. 1.50 al giorno e la malattia seguiva il suo decorso normale; eravi anzi sensibile miglioria tale, che le arcate dentarie potevano un poco meglio essere divaricate, le pulsazioni radiali erano meno frequenti, meno frequenti anche le convulsioni toniche; tutto faceva prevedere una prossima risoluzione della malattia, quando al 9° giorno, verso le ore sedici, dopo pochi colpi di tosse violenta, aumentò il trisma, aumentarono le contrazioni agli arti, ai muscoli addominali e lombo-dorsali e, chiamato di urgenza, trovo l'infermo in orto-tono. Immediatamente faccio eseguire un modico salasso sul dorso della mano destra, spingo la dose del fenolo in modo da raggiungere fino alla mezzanotte seguente i 2 grammi e continuo in quella dose per 3 giorni ancora. Al 12° giorno, il trisma era quasi interamente scomparso e le convulsioni degli arti e del tronco venivano con minore intensità ed a più lunghi intervalli. Diminuisco fino ad un grammo la dose quotidiana del fenolo e continuo così, fino alla guarigione completa, che avvenne al 21° giorno dall'inizio delle iniezioni.

Questo in breve il decorso clinico.

Ed ora, una breve considerazione riguardo alla patogenesi. Quale la porta di entrata del bacillo tetanico? Sulla cute e sulle mucose visibili, nessuna soluzione di continuo, allo stato di flogosi acuta che abbia potuto accogliere l'infezione. Non potevo pensare ad altro, che allo stato catarrale delle tonsille e delle fauci che non si prestavano ad un esame diretto, per il trisma. Ad ogni modo,

la raucedine, la tosse con caratteri speciali (gutturale) il dolore nella deglutizione, la voce nasale, tutte manifestazioni che avevano preceduto lo scoppio della infezione tetanica, deponevano per una flogosi intensa di detti organi (forse catarro ulceroso) provocata da una causa reumatizzante di non lieve importanza, terreno fertile per accogliere e sviluppare il bacillo di Nicolaier.

Una certa importanza presenta inoltre il caso descritto poichè, come pochi altri finora pubblicati, fu trattato con la sola cura Baccelli. Non volli ricorrere neppure alla somministrazione di calmanti (bromuri, cloralio, morfina) per avere un criterio puro, esatto dell'efficacia del geniale trattamento.

Somministravo soltanto quasi ogni 4 giorni 30 grammi di solfato sodico per provocare di tanto in tanto una discreta catarsi intestinale ed eliminare così dalla massa del sangue un coefficiente tossico di qualche rilievo.

Con ciò io soddisfacevo pure ad una indicazione scientifica messa innanzi in detta cura dal prof. Reale, e cioè, che il fenolo in presenza dell'acido solforico dei solfati, forma dei composti innocui (fenolsofati) prevenendo così gli effetti tossici dell'acido fenico.

L'improvviso peggioramento al 9° giorno l'attribuii ad un quantitativo maggiore di tossine diffuso nel torrente circolatorio e, per soddisfare ad una indicazione così impellente, cercai con un modico salasso eliminare ancora dalla massa sanguigna un considerevole coefficiente di tossicità.

Questo unico caso mi ha reso entusiasta del metodo di cura Baccelli nel tetano affermatosi oramai nel campo della terapia. Difatti, non tenendo calcolo delle interessate diffidenze di qualche clinico straniero (es. Potheral) e, dando uno sguardo alle statistiche riportate dal Rose, dal Hobert, dal Holsek, dal dottor De Plano e da altri, si giunge al convincimento che oramai l'acido fenico nel tetano, resta il solo tra i 46 metodi di cura finora esperimentati, che ha fatto così buona prova, da potersi già considerare una delle più belle foglie del glorioso serto che cinge la fronte austera del Clinico di Roma.

Bitritto (Bari), aprile 1912.

Un caso di tetano curato col metodo Baccelli

per il dott. AUGUSTO RABITTI.

Riportiamo ancora il caso seguente, raccolto dal dott. Augusto Rabitti, togliendolo da una memoria letta all'Associazione Medica Mantovana il 20 marzo 1902.

F... C... di A..., di anni 15, agricoltore.

Statura alta, costituzione scheletrica normale; masse muscolari discretamente sviluppate. Giace in decubito dorsale colla testa stirata all'indietro. I muscoli mimici sono contratti in modo da dare al volto l'espressione della *facies sardonica*; vi ha trisma accentuato tanto da non permettere che movimenti assai limitati della mandibola; le arcate dentarie sono serrate quasi completamente e neppure a forza possono divaricarsi sì che l'infermo parla a denti stretti e non può prendere che alimenti liquidi. Nessun disturbo di sensibilità nel campo del V; sensi specifici integri; pupille miotiche; intelligenza ben conservata.

Al collo si osserva una notevole rigidità della nuca, per la qual cosa non è dato al paziente di poter flettere il capo.

La motilità degli arti superiori è discretamente conservata; è però indubbiamente aumentato il tono delle masse muscolari, tant'è vero che i movimenti delle braccia sono come inceppati, difficili e limitati.

I muscoli poi del tronco e degli arti inferiori si trovano in uno stato di rigidità permanente, sì che il tronco e gli arti inferiori stessi si trovano nella massima estensione ed è impossibile qualunque movimento sia attivo che passivo.

È negativo l'esame degli organi del torace alla percussione ed alla ascoltazione; negativo pure l'esame del ventre alla percussione. I muscoli addominali si presentano alquanto contratti, la minzione è un po' difficoltosa; l'orina è scarsa, ma non contiene elementi patologici; da parte dell'intestino si ha stipsi piuttosto ostinata.

I riflessi cutanei, muscolari e tendinei sono esagerati specialmente agli arti inferiori. Temperatura 39°, polso 96, respirazione 28.

Gli stimoli di qualunque natura e le impressioni psichiche stesse determinano nel paziente accessi, durante i quali viene esagerata ancor più la contrazione tonico spastica delle masse muscolari degli arti inferiori, del tronco, della nuca, della faccia, invadendo, in minor grado però, anche i muscoli degli arti superiori.

Ecco adunque, in riassunto — continua l'A. — il quadro clinico che l'infermo presentava già la prima volta che ebbi a visitarlo.

Di fronte a una sindrome fenomenica così caratteristica che richiama subito all'idea della infezione tetanica, cercai se l'ammalato avesse mai riportata qualche soluzione di continuità della pelle.

L'infermo si ricordò allora che il giorno 26 ottobre, trovandosi nei campi a piedi scalzi, ebbe a riportare una lieve ferita al dito mignolo del piede sinistro; ma non avendogli detta lesione procurato mai un vero dolore, era stata da lui trascurata.

Il giorno 1° novembre il nostro ragazzo cominciò ad avvertire come un senso di stiramento alle mascelle ed al collo, una certa difficoltà nell'aprire la bocca e nel masticare, dolorabilità alla regione lombare. Questi disturbi si andarono sempre più accentuando fino a che il giorno 6 il F... dovette mettersi in letto.

Il giorno seguente, sempre essendo in letto, asserisce la madre di lui che non era capace di coprirsi da solo, che aveva trisma ai masseteri e forti stiramenti agli arti inferiori.

Fu chiamato il medico e precisamente l'egregio collega dott. Fulvio Rossi, il quale avendo riscontrato i fatti or ora esposti e febbre, prescrisse salicilato di sodio e chinino. Ma nei giorni successivi i fenomeni essendosi esagerati sempre più ed essendosi per ciò notevolmente aggravato l'infermo, io venni chiamato ed andai quale con-

sulente al suo letto. Ciò avveniva, il giorno 12 novembre.

Dal quadro clinico, che direi addirittura patognomonico, e dall'anamnesi stessa risultava in modo da non lasciar dubbio alcuno la diagnosi di tetano; sì che io proposi senz'altro le iniezioni ipodermiche di acido fenico, consigliate dall'illustre Clinico romano.

Qui va notato che, essendosi innanzi tutto praticato il raschiamento nella soluzione di continuo che, riportata dal F... il 26 ottobre, esisteva ancora ricoperta da crosta (e ciò allo scopo di allontanare quella, diciamo così, cultura di bacilli del Nicolaier che, essendo stata la sorgente delle tossine tetanigene, probabilmente esisteva tuttora in sito) venne asportatata in un con la crosta una piccola scheggia di legno. La soluzione di continuità, disinfettata poscia diligentemente, fu ricoperta da medicatura antisettica, anzi precisamente da un piccolo impacco al sublimato.

Pregato dalla famiglia e per desiderio dello stesso medico curante avendo accettato di associarmi al collega nella cura del malato, la sera stessa venne praticata una prima iniezione di 20 cgm. di acido fenico.

Pur avendo, per amor del vero, fatto tesoro di alcuno dei mezzi consigliati dalla vecchia terapia (infatti un bagno caldo venne quasi quotidianamente praticato, e qualche po' di cloralio venne somministrato per la via rettale), tuttavia deve ritenersi che la cura fu sopratutto basata sulle iniezioni ipodermiche di fenolo.

Non starò qui a riportare nelle sue particolarità il diario dell'infermo dall'inizio della cura; dirò solo che il giorno successivo (e cioè il 13 novembre) altre tre iniezioni furono fatte di 20 cgm ciascuna, ed altrettante iniezioni e della stessa dose furono fatte il giorno 14. Se non che nella notte dal 14 al 15 l'ammalato ebbe urinazione così abbondante, che la famiglia fa risalire la quantità di essa a ben 5-6 litri. Ma il giorno 15 l'infermo appare un po' migliorato; il trisma è meno forte, le braccia sono più libere, il ventre abbastanza trattabile e gli arti inferiori possono subire un leggero grado di flessione.

Riduco per ciò la dose da 60 a 30 cgm. in tre iniezioni, sostituendo alla soluzione acquosa una soluzione oleosa, perchè più lento sia l'assorbimento del fenolo.

Ma il giorno 16 l'ammalato si mostra assai eccitabile; il trisma e lo stato tonico-spastico delle masse muscolari è manifestamente aumentato e più frequenti sono le esacerbazioni tetaniche. Ciò non ostante avendo noi insistito nella stessa dose sì che altre tre iniezioni di 10 cgm. in soluzione oleosa furono praticate il giorno 16 e nei giorni seguenti, bene presto si potè notare un miglioramento lento sì, ma progressivo e ininterrotto. Gli accessi tetanici, sia spontanei che provocati da stimoli esterni, si fecero in seguito sempre meno frequenti e diminuirono di intensità; la contrazione tonico-spastica delle masse muscolari degli arti inferiori, del tronco, della nuca e degli arti superiori, nonchè il trisma andarono vieppiù attenuandosi e a poco a poco scomparirono, sì che alla metà circa del dicembre il paziente poteva muovere e flettere abbastanza bene gli arti inferiori e piegarsi sul tronco. Le iniezioni feniche, ridotte a due e poi ad una *pro die*, si sospesero, e l'infermo potè il giorno di Natale alzarsi e cominciare a camminare, accusando bensì in principio un certo impedimento nella deambulazione, ma divenendo poi questa sempre più spedita.

Nessun disturbo si ebbe a lamentare dall'uso delle iniezioni di acido fenico. L'urina si mostrò sempre normale; mai albumina, e mai presentò la colorazione caratteristica delle urine carboliche; solo la sua quantità aumentò notevolmente specie la notte dal 14 al 15 novembre, come già ebbi a dire. La linea termica oscillò nei primi giorni di cura attorno al 39°, ma poi si ebbe quasi sempre apiressia.

Null'altro degno di nota si presentò durante il corso della malattia. Nella convalescenza di notevole nulla vi fu se non l'esagerazione dell'appetito che ricondusse ben presto il F... allo stato di prima, le funzioni digerenti essendosi sempre dimostrate normali, anzi ottime.

Montanara (Mantova).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Genova.

Seduta del 19 maggio 1913.

Dott. **C. Canestro** (Istit. pat. chir.). *Disfonie post-cloroformiche.* — L'A. riferisce sopra due casi di disfonia comparsa subito dopo la narcosi cloroformica discutendone l'eziologia e la patogenesi.

Dott. **G. Ollino** (Istit. clin. med.). *Rapporto tra sfigmografia e sfigmobolometria.* — L'A. espone le sue osservazioni sui rapporti intercedenti tra sfigmografia, sfigmobolometria e pressione arteriosa, dimostrando che essi sono affatto indipendenti l'uno dall'altro essendo la pressione arteriosa e la sfigmografia misure lineari, mentre la sfigmobolometria è data da una formula complessa $\left(a = \frac{M x V^2}{2}\right)$.

Prof. **G. Zirolia** (Istit. d'igiene). *Di una varietà di streptococco patogeno isolato per la prima volta dal sangue di un ammalato di endocardite ricorrente.* — L'A. in un caso di endocardite ricorrente ha isolato dal sangue una varietà di streptococco non emolitico, che si distingue per alcuni caratteri dagli streptococchi finora trovati in questi casi e che corrisponde alla varietà « longissimus » del Thalmann. Con questo streptococco venne preparato un siero curativo autogeno, il cui uso diede risultati soddisfacenti in confronto di quello di altri sieri antistreptococcici polivalenti.

L'A. insiste perciò sulla necessità di fare al più presto possibile l'esame batteriologico del sangue in queste forme morbose e di studiare accuratamente nei suoi singoli caratteri il germe che si riscontra, agli effetti sopratutto della prognosi e della cura.

Prof. A. Catterina (Istit. med. operat.). *Carcinoma del retto e della vagina.* — L'A. ricorda anzitutto le statistiche dei vari autori riguardo al cancro del retto e specialmente relativamente alla sua frequenza nell'uomo e nella donna, alla sua sede, alla sua natura e all'età; ne descrive la sintomatologia e riferisce un caso occorso alla sua osservazione, nel quale precisamente si trattava di un adeno-carcinoma del retto con diffusione alla vagina: ne espone la storia clinica relativa e l'atto operativo eseguito. Il decorso post-operatorio fu buono e ora, a 15 mesi dalla operazione, tutto fa sperare bene sull'esito definitivo, a coadiuvare il quale l'A. ha consigliato le iniezioni di rame colloidale. Presenta, in fine, i preparati macro- e microscopici relativi.

SEGÀLE.

Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del maggio 1913.

C. Minerbi. *Ancora intorno al meccanismo di un fenomeno acustico suscitato dal percussore toracico di Molon. La trasmissione transtoracica delle vibrazioni del diapason.* — Sperimentato il « percussore toracico » di Molon su individui sani, l'O. fu colpito di avvertire (nell'abbandonare bruscamente il bottone dell' apparecchio, dopo averlo fatto scattare) un secondo suono metallico musicale di sufficiente purezza e di tonalità corrispondente al « sol naturale » della 2ª ottava alta. A primo aspetto ciò sembrava contrastare colle dottrine vigenti rispetto alle condizioni di trasmissione del suono metallico attraverso il torace in condizioni fisiologiche, nella percussione ascoltata.

L'O. ha assodato che questo suono dipende dal vibrare della leva metallica dell'apparecchio alla stessa guisa delle aste di un diapason.

È stato questo il punto di partenza di varii esperimenti con una serie completa di diapason, costituita dalle ottave del « do ». L'O. ha potuto riconoscere che negli individui delle più diverse età con visceri toracici integri il suono dei diapason della scala bassa e di quelli della scala alta fino a c^2 si trasmette perfettamente ed anzi appare rinforzato. Per contro il suono di c^3 viene trasmesso assai smorzato e quello di c^4, c^5 non si trasmette affatto.

Il secondo suono dell'apparecchio Molon si propaga bene attraverso il torace sano, perchè è di tonalità inferiore a c^3.

Al lume di tali dati sperimentali l'O. illustra certi reperti ottenuti mercè l'apparecchio Molon in varii casi di pneumotorace. Inoltre l'O. annunzia di avere in corso in collaborazione col dott. Tenani esperimenti analoghi allo scopo di chiarire il meccanismo di trasmissione del « segno del soldo » nei casi di versamento pleurico.

Boschi. *Il fenomeno della emigrazione può esprimere una diatesi degenerativa.* — Questo studio intende rilevare un nuovo carattere degenerativo: « la parentela con degli emigranti ». S'intende, anche a proposito di questo, come dei segni morfologici di degenerazione antropologica, deve dirsi che la presenza sua non indica la degenerazione di necessità, ma ne indica solo la probabilità.

L'O. adduce considerazioni teoriche le quali confortano i risultati delle sue osservazioni; ma riferisce come le sue ricerche abbiano avuto la spinta non da tali teorie, ma dalla percezione sommaria fortuita del fatto; essendogli parso che dai comuni interrogatorii anamnestici dei pazzi risultassero particolarmente frequenti dei parenti emigrati. Così egli si fece ad indagare in modo speciale, dal punto di vista dalla emigrazione, le anamnesi di 167 alienati; e, a confronto, di 100 individui indenni essi e le famiglie da neuro e da psicopatie « appartenenti alla stessa località, allo stesso grado di cultura e di condizioni economiche ». Ottenne nei primi una percentuale di responsi positivi più che doppia.

Boschi. *Contributo alla somministrazione celata del bromo e della dieta ipoclorurata.* — La dieta ipoclorurata negli epilettici, grazie alla quale, notoriamente, la somministrazione del Br riesce assai più efficace, era fino ad oggi pressochè impraticabile per la sua disgustosità. L'O. riferisce una serie di sue esperienze, dalle quali risulta che grazie al sedobrol può ovviarsi a questa disgustosità, e il trattamento diventa pratico.

BOSCHI.

SUNTI DI DISCUSSIONI IMPORTANTI

Rapporto del Comitato della « British medical Association » sulla cura delle fratture semplici.

(*British Medical Journal*).

La *British medical Association* incaricava nel luglio 1910 un Comitato, di cui facevano parte i chirurgi più insigni della Gran Bretagna, di fare la statistica delle fratture semplici delle ossa lunghe occorse nel Regno Unito nel periodo dal 1906 al 1910; di vagliare i risultati ottenuti coi vari

metodi di cura cruenta o incruenta, e di trarne, nei limiti del possibile, delle conclusioni generali, e di valore pratico. Dette conclusioni dovevano sopratutto aver riguardo ai risultati comparativi della cura incruenta e della operativa.

I membri di questo Comitato hanno ora presentato un resoconto particolare del loro lavoro, nel quale si trovano menzionati solo quei casi di fratture, i quali poterono essere esaminati direttamente, o di cui si poterono avere notizie sicure e dettagliate. Si tratta di circa 3000 casi di fratture, così suddivise: femore 897; tibia 485; fibula 274; tibia e fibula 831; omero 302; ulna 80; radio 123; ulna e radio 109.

Oltre questa divisione regionale, che può dare un'idea relativa sulla frequenza delle fratture di ciascun osso, un'altra partizione è stata fatta a seconda del metodo di cura.

Però le fratture trattate operativamente rappresentano un minimo in questa statistica (circa 300), onde le conclusioni non possono essere così attendibili come quelle tratte dall'analisi dei casi curati senza operazione. Altra divisione è stata fatta a seconda dell'età dei pazienti, i quali, sono stati divisi in due classi, da o a 15 anni e da 15 anni in là.

In tutti i casi poi è fatto notare il rapporto tra risultato anatomico della cura e risultato funzionale; ed in ultimo tale risultato funzionale è messo in relazione col tempo impiegato a conseguirlo e quindi col periodo d'incapacità al lavoro.

Le conclusioni, a cui i relatori sono venuti, si possono riassumere in breve così:

Nei bambini e nei giovani fino a 15 anni le fratture semplici delle ossa lunghe dànno, se si eccettuino quelle delle due ossa dell'avambraccio, buoni risultati, sia con la cura operativa, sia con quella non operativa. Invero di 1017 casi, in cui fu adottata la cura incruenta, il 90.5 % guarirono, conservando una buona funzione; di 64 casi operati, il 93.6 % dettero un risultato analogo.

Paragonando gli effetti della cura incruenta dei pazienti sotto 15 anni, con quelli di individui di età maggiore, si vede che in questi ultimi essi sono meno soddisfacenti. E si può dire in regola generale che, più vecchio è l'individuo, peggiore è il risultato della cura incruenta rispetto a quella operativa:

Casi sopra 15 anni non operati 1580. Risultati funzionali buoni 45.4 % dei casi.

Casi operati (operazione immediata) sopra 15 anni 83. Risultati funzionali buoni nei 66.3 % dei casi.

Un'analisi di tutti i casi osservati mostra la stretta dipendenza dei risultati anatomici e funzionali.

Di 1736 casi, in cui si ottenne un buon risultato anatomico, 1576 dimostrarono anche una buona funzionalità; mentre il 53.3 % dei casi con guarigione anatomica difettosa si accompagnò ad una deficienza funzionale più o meno grande.

Da ciò si deduce che nessun metodo cruento o incruento, il quale non prometta un buon risultato anatomico, dovrebbe essere usato come metodo di scelta. Per tale ragione la mobilizzazione e il massaggio non si dovrebbero usare come metodi di cura esclusiva, ma solo come mezzi supplementari. Per la stessa ragione i metodi operativi, per essere veramente utili, debbono assicurare una riduzione e una coattazione il più possibilmente perfetta dei monconi ossei.

La cura operativa delle fratture dà ottimi risultati, se fatta immediatamente; dà risultati molto meno brillanti, se praticata come sussidio di una cura incruenta non riuscita, o per rimediare a processi di guarigione difettosa.

Infatti mentre nel primo caso si ha un totale di buoni risultati funzionali del 90 %, negli altri due casi i risultati buoni variano dal 60 al 40 %.

La cura operativa delle fratture però necessita una grande pratica e richiede un'assoluta asepsi, ed è quindi possibile solo ad una minoranza di medici.

La mortalità operatoria è quasi nulla (0.3 %).

La relazione, importantissima per il numero dei casi osservati e per le conclusioni, che da essi furono tratte, si chiude con alcune note di tecnica riguardanti i vari metodi di cura delle fratture. Esse sono scritte da Lambotte, da Arbuthnot Lane, da Lucas-Championnière, da Steinmann e da Bardenheuer.

A. CHIASSERINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

A proposito di traumi della colonna vertebrale.

La gravità delle lesioni traumatiche della colonna vertebrale non ha bisogno di essere illustrata; la mortalità molto alta dimostra che queste lesioni sono quelle che meno beneficano dei progressi della chirurgia.

La causa di tale mortalità tiene più che alla lesione, alle complicazioni che si producono; la più importante è l'infezione vescicale e l'infezione ascendente ureterale consecutiva.

Subito dopo il traumatismo a causa della ritenzione, bisogna cominciare a sondare il ferito; questi forse a causa della lesione stessa, è tormentato da una sete intensa; il riempimento della vescica si produce rapidamente, tre sondaggi nelle 24 ore sono talora insufficienti.

Mettere una sonda a dimora è ancor peggio: a causa della minor resistenza dei tessuti la produzione di decubiti uretrali è molto facile a prodursi. L'infezione vescicale a causa dei numerosi sondaggi, minaccia il ferito, e una volta iniziatasi, segue la febbre urinosa con il suo stato tossisetticemico, al quale il malato soccombe, indipendentemente dal suo stato paralitico.

Noi ci si trova dinanzi a questo caso, anche nella miglior ipotesi: quando l'intervento della laminectomia ha dato buoni risultati, i disturbi vescicali possono durare un periodo imprevedibile e l'infezione vescicale e l'ascendente possono prodursi quando i fenomeni paralitici tendono al miglioramento ed alla guarigione.

Instruito da alcuni casi occorsimi nella mia pratica ospedaliera, sono venuto alla conclusione che in tutti i traumatismi della colonna vertebrale, appena diagnosticata la ritenzione d'urina, *bisogna sistematicamente drenar la vescica* per mezzo della cistotomia soprapubica e col sifone di Albarran, o con una sonda Pesser; si tratta di un'operazione che si fa rapidamente; il globo vescicale e l'anestesia della pelle a livello della incisione rendono facilissimo l'intervento.

Se il ferito, a causa del suo trauma vertebrale, venisse a morire, le sofferenze degli ultimi giorni gli sarebbero alleggerite, non avendo egli la sensazione della ripienezza della vescica, per la quale chiede spesso di esser sondato.

PLINIO SORIA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Le arterie renali terminali.

Contrariamente all'opinione degli antichi classici il Legueu, *Le Mouvem. Méd.*, gennaio 1913, ritiene che le arterie renali sono tutte terminali: esse si distribuiscono ad un territorio chiuso, senza contrarre anastomosi con le arterie vicine; scarse anastomosi esistono solo a traverso la capsula ed esternamente attraverso la capsula grassosa.

Prova radiografica: dopo iniezione delle arterie renali, legatura dei singoli rami provano che l'arteria irrora un territorio isolato, anche se si tratti di arterie anormali.

Di queste due ultime specie sono frequenti le polari superiori e le inferiori: le superiori sono facilmente lacerate durante la denudazione operatoria del polo superiore del rene; difficilmente si possono vedere dal lato destro perchè passano dietro la vena cava. Le inferiori sono più facilmente visibili ma sono chirurgicamente non meno interessanti poichè sono spesso causa d'idronefrosi per i loro rapporti con l'uretere.

Un malato operato dall'A. di pielotomia per calcolosi, presentò dopo qualche giorno dall'atto operativo violenta ematuria; riaperta la ferita si vide che il polo superiore del rene era in via di necrosi; si dovette ricorrere alla nefrectomia e l'ammalato guarì.

Le arterie polari sono terminali e la loro lesione può indurre un'emorragia secondaria, una necrosi parziale del territorio renale irrigato, una suppurazione secondaria alla necrosi.

L'A. in vista di tali pericoli pensa che se una idronefrosi è in rapporto di causalità con la presenza di un'arteria anormale, non si deve sezionare l'arteria, ma che convenga piuttosto sezionare l'uretere al disotto e impiantarlo al bacinetto (uretero-pielo-neostomia).

Secondo l'A. i territori d'irrigazione del rene si possono paragonare a due valve di un'ostrica; in corrispondenza del bordo convesso esiste una zona di divisione esangue; il territorio anteriore però occupa un piccolo spazio della parte posteriore, e nel praticare la nefrotomia bisogna portare l'incisione qualche millimetro indietro al margine convesso, per cadere nella zona esangue ed evitare necrosi.

t. p.

CASISTICA.

Gli ematomi iliaci.

Sono noti i versamenti sanguigni della fossa iliaca negli emofiliaci; gli ematomi però possono avere origine svariata, e lo Scwartz (*Paris méd.* 12 ott. 1912) ce ne dà due esempi abbastanza dimostrativi.

In un primo malato sofferente d'enterocolite scoppia improvvisamente una crisi di dolore diffuso a tutto l'addome, non vomito, temperatura rettale 38°, polso normale.

Due giorni dopo, il dolore è nettamente localizzato alla fossa iliaca destra; insorge ritenzione d'urina; polso quasi normale, temp 37°5 - 38°5 compare tinta subitterica. Al decimo giorno si può constatare una voluminosa tumefazione che riempie tutta la fossa iliaca destra, dolente per sè e alla pressione. La coscia è leggiermente flessa temperatura 39° polso frequente, faccia pallida, subittero.

Si pensa ad un'appendicite con formazione di un grosso ascesso della fossa iliaca e s'interviene.

Inciso il peritoneo, esce fuori una grande quantità di coaguli nerastri, d'odore putrido — non tracce di pus — segue quindi uno scolo sanguigno a nappo in tale abbondanza da costringere ad un rapido tamponamento e a sospendere l'atto operativo. Nei tre giorni che seguono il malato presenta feci emorragiche.

Al 4° giorno si sostituiscono al tamponamento dei drenaggi, ma al 6° giorno una nuova emorragia richiede nuovo tamponamento; al 9° giorno si ripete l'emorragia e viene emesso un calcolo fecale della grandezza d'una nocella: si procede ad un tamponamento serrato, si ricorre ad emostatici (siero gelatinoso, cloruro di calcio, siero antidifterico).

Il decorso postoperatorio da tale momento diviene regolare: l'ammalato dopo 4 mesi è completamente guarito; la diagnosi di probabilità emessa dall'autore era di appendicite acuta con probabile gangrena dell'appendice, e usura dell'arteria appendicolare.

L'esame del sangue praticato dal Weil negativo.

Dopo 4 mesi dalla guarigione l'A. propone un nuovo intervento che è accettato dal paziente, il reperto conferma l'ipotesi diagnostica: si ritrova una piccola appendice lunga circa 4 cm. accollata al cieco, non vi ha traccia di meso, l'appendice è applicata al cieco come un organo estraneo, divisa da esso alla base, tanto che per asportarla non vi ha bisogno di legatura alcuna. Evidentemente l'appendice durante la crisi appendicolare era stata completamente separata dal cieco e l'arteria nettamente tagliata.

Il secondo malato al mattino del 18 agosto 1911 è preso da un improvviso violento dolore nel lato destro dell'addome, e da vomito. Il giorno seguente il vomito è cessato, vi ha dolore spontaneo e provocato, violento sul lato destro dell'addone dal bordo costale fino al disotto della linea ombelico-iliaco, e difesa addominale della regione. Polso buono, un po' frequente, temperatura rettale 37°.

Si pensa all'appendicite, ma si esita ad intervenire e per l'assenza di febbre, e perchè il malato è un sofferente di coliche renali da litiasi.

L'ammalato però nello stesso giorno si aggrava, il polso più frequente, si eleva la temperatura e si interviene.

All'incisione del peritoneo esce una grande quantità di sangue liquido, il cieco e l'appendice sono sani; la mano introdotta nell'addome fa riconoscere un ematoma retroperitoneale considerevole che occupa tutta la fossa iliaca e il fianco destro, e rimonta in alto fin quasi al fegato. Si tampona d'urgenza date le condizioni del malato.

Lo stato del paziente migliora a poco a poco, e due giorni dopo è consentito un nuovo intervento per procedere ad un tamponamento più razionale. Si ritrovano due focolai principali sanguinanti; uno iliaco-retrocecale, ed un altro retrorenale — il rene, spinto in avanti è sano, sano è il peduncolo vascolare — si tamponano, dopo averle vuotate, le due cavità. Decorso postoperatorio normale — solo che ad un tratto il malato ha un' abbondante piuria temporanea (un giorno). Il pus presenta i comuni germi della suppurazione, ma iniettato nelle cavie dà resultato positivo per la tubercolosi; l'A. così ricostituisce il processo morboso: lesione tubercolare probabilmente surrenale con ulcerazione di un piccolo vaso—, formazione d'un ematoma retroperitoneale ed iliaco. Inoltre formazione d'un ascesso pararenale vuotatosi nelle vie urinarie.

È bene ricordare questi casi rari per essere almeno cauti nell'emettere facilmente la diagnosi più ovvia, quella d'appendicite. *t. p.*

L'idrartrosi intermittente periodica.

L'affezione in parola, la cui prima osservazione in modo indubbio si deve a Moore (1864), è caratterizzata dai seguenti fatti:

a) Intermittenza delle manifestazioni, la quale intermittenza è assoluta, per lo meno nei primi periodi del male; ulteriormente nei periodi intervallari 'articolazione malata non ritorna più completamente allo stato normale.

b) La periodicità che esiste sia per la crisi, che per l'intercrisi. La crisi difatti presenta tre stadi: stadio di incremento, stadio di stazionarietà, stadio di decremento, susseguito da un periodo di salute perfetta. Il tempo che separa le crisi è ancor esso di una notevole fissità.

c) L'indolenza relativa: il malato può spesso anche camminare coll'aiuto di una canna o colle grucce. Per questo fatto l'idrartrosi intermittente periodica si assomiglia ad una artropatia tabica.

d) La preponderanza di localizzazione nel ginocchio, tanto che durante tutto il decorso del male, queste articolazioni sono colpite in massimo grado e se anche negli stadi più avanzati dell'affezione sono colpite altre articolazioni, il ginocchio è sempre sede delle lesioni più importanti.

L'evoluzione della malattia è talora modificata dalla cura e, cosa degna di nota, quasi sempre dalla gravidanza.

In un caso gli attacchi scomparvero al terzo mese di gravidanza per ricomparire al terzo mese di allattamento. Un'altra volta mancarono per due intere gravidanze, in una osservazione di Loewenthal, mancarono durante tutte le gravidanze, in un sol caso la gestazione non addimostrò alcun effetto.

Un altro fatto degno di menzione si è che in un malato vi fu un alternarsi di manifestazioni basedowiane e di crisi articolari.

Circa la fine di tal malattia è difficile dare una risposta probativa, poichè nessuno dei malati è stato finora seguito fino al periodo terminale. Si può dire in genere che in capo ad un certo numero di anni i pazienti si indeboliscono, diventano anemici e dimagrano notevolmente. Riguardo allo stato locale è da ricordare che *la restitutio ad integrum* è sempre più incompleta, l'articolazione permane in uno stato di tumefazione, si producono delle anchilosi e si manifesta atrofia muscolare considerevole. (Chiray e Michelowski. *Paris Médical*, 10 agosto 1912).

TR.

TERAPIA.

La terapia della tubercolosi suppurata.

Tutti sanno oggi che dei metodi di trattamento proposti contro le tubercolosi esterne, operazione, astensione e puntura con iniezioni consecutive, quest'ultimo è il migliore, però se non viene praticato bene può portare a formazione di seni fistolosi ed anche alla morte.

Il Calot si occupa a lungo dell'argomento sull'ultimo numero del *Paris Médical* e cerca di dettare le leggi per ovviare agl'inconvenienti. Anzitutto per evitare una fistola bisogna cercare di non adoperare aghi troppo grossi, di adoperare l'asepsi più scrupolosa, come se si dovesse praticare una laparotomia; perchè la terapia riesca efficace bisogna infine praticare le punture nè troppo frequentemente, nè troppo di rado, ed iniettare sostanze adattate.

Quando gli ascessi non si possono raggiungere senza pericolo di ferire qualche organo importante bisogna attendere che siano divenuti superficiali. Si deve sempre cercare di evitare che l'infiltrazione infiammatoria raggiunga la faccia profonda della pelle perchè in tali casi facilmente si formano fistole.

Come liquidi per iniezione l'A. adopera la miscela di creosoto e cloroformio (olio 70 gm., etere 20 gm., creosoto 5 gm., guaiacolo 1 gm., iodoformio 10 gm.) e quella di naftolo canforato glicerinato (naftolo canforato 2 gm., glicerina 12 gm.). La seconda soluzione deve essere agitata vigorosamente per un minuto e mezzo ed iniettata rapidamente perchè è molto instabile.

Come indicazioni per l'uno o per l'altro l'A. consiglia come regola generale il primo: il secondo l'adopera quando esistono molti grumi che otturano l'ago: dopo due o tre iniezioni, che bastano di regola a liquefare questi grumi, si ritorna alla prima soluzione. La dose da iniettarsi varia dai 2 ai 12 gm. secondo l'età del paziente e la grandezza dell'ascesso. Bisogna praticare le nuove punture sempre in punti differenti dai precedenti, bastano in genere 7-8 iniezioni praticate a distanza di 10-12 giorni.

Dopo bisogna fare una fasciatura compressiva per una quindicina di giorni. Praticando scrupolosamente le regole dell'A. questi ritiene che si può garantire la guarigione definitiva di un ascesso freddo nel 99 per 100 dei casi. P. A.

Trattamento generale delle adenopatie tracheo-bronchiali dei bambini.

Herzen nel *Schweizer Rundschau für Mediz.*, 8 febbr. 1913, consiglia questi precetti terapeutici:

1° Cura igienica: aria sana, ginnastica svedese, frizioni cutanee, bagni tiepidi, bagni di mare, bagni artificiali con la seguente formula:

Sale marino	gm.	1000
Carbonato sodico	»	125
Ioduro di sodio	»	20

per un bagno.

2° Dietetica: carni arrostite (da 50 a 150 gm. al giorno secondo l'età), cervello, pesce, uova, sostanze grasse, decotti di cereali, latte, ecc.

3° Olio di fegato di merluzzo a forti dosi (2 a 4 cucchiai al giorno) per più mesi; oppure sciroppo iodo-tannico fosforato (2 gr. per anno

di età); sciroppo di ioduro di ferro a parti uguali con sciroppo di latto-fosfato di calcio.

4° Il cacodilato di sodio per via ipodermica (da 3 a 5 ctgm. per giorno) è un ricostituente molto efficace.

5° Se è possibile, bagni d'acque solfuree, o arsenicali e clorurate, oppure soggiorno in montagna.

6° In casi di eredo-sifilide, il trattamento specifico misto:

Biioduro di mercurio . . .	gm.	0.04
Ioduro di potassio	»	3
Acqua distillata	»	60
Sciroppo di salsapariglia.	cmc.	100

2-3 cucchiaini da caffè per giorno.

Si pratichino le frizioni mercuriali o le iniezioni sottocutanee di sali solubili di mercurio (sublimato, biioduro o benzoato di mercurio).

P. S.

L'estirpazione delle tonsille; i suoi pericoli e il modo di combatterli.

Secondo Halle, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1913, n. 8, la estirpazione delle tonsille viene da molti considerata come un intervento operativo assai raccomandabile; ma non mancano autori i quali la combattono, o almeno ritengono che essa sia giustificata solo in casi eccezionali. Tale disparità di idee meriterebbe che la questione venisse ampiamente trattata nelle società laringologiche.

Tuttavia l'A. rammenta come vada sempre più aumentando il numero degli operatori che, dopo aver constatato di non poter ottenere effetti duraturi con le pennellazioni, la cauterizzazione, il procedimento di Prym e Muck, la tonsillotomia, il *morcellement*, ricorrono alla estirpazione delle tonsille.

Quantunque la ablazione delle tonsille non dia luogo a fenomeni apprezzabili di deficit, noi dobbiamo ritenere esagerata la opinione di Bosworth, il quale considera già la esistenza delle tonsille come una malattia. La indicazione per procedere alla estirpazione delle tonsille deve ricercarsi nelle seguenti affezioni: tonsillite o peritonsillite recidivante, adenite sottomandibolare tubercolare; e anche reumatismo, endocardite, nefrite, pioemie criptogenetiche, in cui è verosimile un rapporto con alterazioni tonsillari.

Fra tutti i metodi operatori proposti l'A. preferisce quello di West, che è rapido ed elegante. Ma è bene tener presente che l'intervento operatorio non è del tutto scevro di pericoli e che, nei primi giorni dopo l'operazione, le sofferenze dell'infermo possono essere assai accentuate.

V. F.

GLOSSARIO MEDICO.

Malattia di Stokes-Adams.

Descritta nel 1827 da Adams (1794-1861) e nel 1844 da W. Stokes (1804-1878), due medici inglesi.

Sindrome essenzialmente caratterizzata da rallentamento permanente del polso, non influenzato dalla respirazione, dagli sforzi muscolari nè dalla febbre; e, a intervalli più o meno lontani, da crisi sincopali o apoplettiformi nelle quali si accentua la bradicardia (parossistica); in un secondo periodo queste crisi però scompaiono.

La sindrome è legata ad alterazione più o meno completa del fascio di His il quale non trasmette più ai ventricoli cardiaci le eccitazioni nervose delle orecchiette e quindi lascia che essi pulsino per proprio automatismo, su di un ritmo lento.

Le crisi sincopali ed apoplettiformi sono dovute ad anemia bulbare passeggera consecutiva ad arresto momentaneo dei ventricoli (Charcot).

La diagnosi viene confermata dal raffronto dei tracciati sfigmografici del polso e della regione precordiale con quelli delle giugulari: sono in discordanza costante.

I polsi lenti permanenti d'origine nervosa (da irritazione del vago) si distinguono per l'esistenza di pause respiratorie che precedono le sincopi, per la minore intensità del rallentamento del polso, per le variazioni di questo e mediante la prova dell'atropina (Dehio): l'iniezione ipodermica di 1-2 mgm. di atropina, sopprimendo l'azione moderatrice del vago se questo nervo è in gioco, fa scomparire la bradicardia, ma non la modifica quando si tratta d'una vera sindrome d'origine cardiaca.

Le cause consistono in endocarditi gravi, lesioni dell'orifizio aortico (spesso sifilitiche), degenerazioni, sclerosi, gomme, cancri, malformazioni del miocardio, ecc. suscettibili di ledere il fascio di His. In presenza di questa sindrome si deve sempre pensare alla sifilide.

La prognosi, sempre grave, varia con la causa.

(*La Presse Médicale*). R. B.

L'EFFETTO DEL RISCALDAMENTO ARTIFICIALE SUL POTERE OPSONICO.

Da esperienze eseguite sui conigli G. A. Rueck (*Medic. Record*, 9 nov. 1912) è portato alla conclusione che l'elevamento artificiale della temperatura accresce il potere opsonico nel sangue di conigli normali, immunizzati od infetti. L'azione dell'ipertermia è di solito più forte negli animali immunizzati che in quelli normali.

Il risultato varia d'intensità secondo il grado d'immunizzazione, la gravità dell'infezione, ecc.

L'ipertermia stimolerebbe dunque i poteri di difesa dell'organismo.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

O. VON FÜRTH. **Probleme der physiologischen und pathologischen Chemie.** 2 vol. in-8° gr. di pagine 634 e 717. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1912-13. Prezzo M. 39.

L'avvenire della medicina è legàto ai progressi della biochimica, la quale si è sviluppata negli ultimi anni, è cresciuta in estensione ed importanza.

Il prof. von Fürth ne fa un'esposizione ampia, straordinariamente chiara ed istruttiva, nella quale si avvicendano fatti accertati e luci di teorie.

In una prima parte l'O. studia la chimica dei tessuti, che è alla base delle azioni cellulari; in una seconda parte esamina il ricambio della materia e, correlativamente, in un capitolo speciale, quello dell'energia (febbre, ipotermia).

L'A. fa derivare naturalmente, semplicemente, i fatti patologici da quelli normali.

Di partito preso egli ha omesso quanto concerne la chimica fisica, la chemoterapia, l'immunologia e la chimica vegetale, discipline che hanno preso uno slancio meraviglioso e che si sono rese autonome, così da richiedere delle trattazioni a sè.

L'A. non ha voluto essere completo ma soltanto richiamare l'attenzione sui problemi più importanti della biochimica. E vi è riuscito in modo magistrale.

Y.

NAAMÉ. **Etudes d'endocrinologie.** A. Maloine Edit. Paris, 1913.

La cura del colera, del mal di mare con l'adrenalina e poi la patogenesi dei sudori, dei vomiti, delle broncoplegie, delle diarree dei tubercolosi, la patogenesi dell'isterismo o ipoparatiroidia funzionale, dell'epilessia o ipoparatiroidismo distrofico, dei vomiti gravidici o ipotiroidismo ipoovarico, ecc., sono gli argomenti che dànno occasione alla pubblicazione del libro: l'enunciazione del titolo dei capitoli basta a far prevedere nello svolgimento dei singoli capitoli un entusiasta dell'endocrinologia: argomento pericoloso nel quarto d'ora d'entusiasmo e di detrazione che attraversiamo. Si è perciò che è difficile potere dare un giudizio su quanto l'A. scrive. *t. p.*

P. POZZILLI. **Sul valore antitriptico del siero di sangue nelle malattie infettive acute.** Roma, Offic. Poligr. ital. 1912.

Una rivista dei lavori sull'argomento tanto studiato del potere antitriptico dei sieri, esperienze personali seguendo la tecnica del Fermi sul potere antitriptico nei sieri normali e delle malattie infettive acute e nei sieri curativi, una rivista critica sulla natura biologica e sul meccanismo d'azione, conclusioni sul valore clinico della reazione biologica, sono le parti del lavoro, che a noi sembra condotto con precisione di tecnica e con ordine.

Interessanti certo le conclusioni dal punto di vista biologico, traspare però troppo vivo il desiderio di voler ad ogni costo usufruire nella diagnostica clinica, di fenomeni, che ancora devono restare nel dominio degli studi di laboratorio.

t. p.

P. F. ARMAND-DELILLE. **Les poisons tuberculeux et leur rapport avec l'anaphilaxie et l'immunité.** (Monographie de l'Oeuvre Médico-Chirurg.). Masson et C. Ed. Prix fr. 1.25.

È una breve monografia che si legge d'un fiato dagli studiosi di fenomeni biologici d'immunità e d'anafilassi, che in questi ultimi anni tengono desta l'attenzione dei ricercatori. Dopo un'analisi dei veleni costitutivi i bacilli tubercolari, l'A. affronta il problema elegante dei rapporti esistenti tra anafilassi e ipersensibilità ai veleni tubercolari, tentandone la risoluzione al lume delle esperienze moderne. Passa in ultimo ad esporre concetti sintetici sulla immunità tubercolare e sulla tubercolinoterapia.

La chiarezza e la modernità di vedute sono i migliori pregi del volumetto in un argomento così difficile e così nuovo.

t. p.

A. VEILLARD. **Le diabète arthritique. Sa cause. Son traitement.** 1 vol. in-12 di pag. 140. Paris, Librairie Médicale O. Berthier, Emile Bougault successeur, 1913. Fr. 1. 50.

L'A. sostiene che il diabete degli artritici trae origine dall'alcoolismo, dal carnivorismo e dal sucrismo, tre forme d'intossicazione della nostra civiltà le quali ingenererebbero uno stato d'acidosi: la terapia razionale del diabete consisterebbe dunque nel somministrare gli alcalini, tra cui le acque minerali (l'A. è addetto allo stabilimento idrico di Vichy) e nel prescrivere un regime idoneo, il quale non dev'essere già basato sulla ricchezza d'idrocarbonati o di proteici, ma sulla ricchezza in elementi con funzione acida (fosforo, zolfo, cloro, acidi organici) o alcalina (potassa, soda, calce, magnesia): l'A. dà dunque dei quadri inediti di regimi, dimostra la sua preferenza per quelli idrocarbonati e per quello latteo.

L. P.

GUNZBURG. **Der Magensaftfluss und verwandte Sekretionsstörungen.** (Sammlung zwangloser Abhandlungen, pubblicata sotto lo direzione dell'Albu. Marhold, Halle).

Questo opuscolo dà un'idea completa dello stato odierno della questione dell'ipersecrezione gastrica, sia dal punto di vista patogenetico che semeiologico.

È svolta specialmente la forma d'ipersecrezione alimentare e la continua: essa può considerarsi come una malattia indipendente, mentre l'ipercloridria sarebbe una sindrome dipendente o da ipersecrezione ovvero da una eccessiva rapidità di svuotamento del contenuto dello stomaco: un vero aumento della concentrazione dell'acido idroclorico non si verifica. In certi casi la sindrome ipercloridica dipenderebbe da assenza completa di riflusso pancreatico o della secrezione del liquido di diluizione che viene normalmente trasudato dallo stomaco specialmente quando esistono in esse soluzioni saline molto concentrate.

L'ipersecrezione alimentare si riconosce dalla quantità di liquido estratto dopo la colezione di prova: nel liquido estratto il residuo alimentare forma solo il 10-20 % invece che il 40-50 %. A digiuno non esiste un contenuto gastrico maggiore di 10-20 cmc; altrimenti si parlerebbe d'ipersecrezione continua dove esistono quantità più o meno grandi di liquido a digiuno associate o no a residui alimentari con valori di HCl vari. L'ipersecrezione continua si presenta più frequentemente nelle malattie organiche che non nelle forme funzionali come si verifica per la alimentare.

P. ALESSANDRINI.

HAMAIDE et NIGAY. **Les régimes alimentaires dans les maladies des voies digestives et de la nutrition.** 1 vol. in-12 di pag. 192. Paris, Librairie O. Berthier, E. Bougault successeur. Fr. 3.

Questo libro, concepito in uno spirito moderno e pratico, racchiude, accanto a riflessioni cliniche suggerite dalle diverse modalità morbose, i tipi dei regimi più adatti a queste modalità, così per le malattie della digestione come per quelle del ricambio.

Contiene inoltre due notizie idrologiche complementari, l'una di A. Mathieu sulle malattie delle vie digerenti, l'altra di M. Labbé sulle malattie della nutrizione.

ED.

B. BOCCI. **Peregrinazioni d'un fisiologo. Nell'arte. Nella vita. Nella morale.** Un vol. in-12 di pag. 171. Società Editrice Dante Alighieri, 1911. L. 2.

Senza esitazioni questo lavoro può considerarsi una vera produzione artistica.

Il Bocci è una rara tempra di scienziato; egli possiede una vasta e rara coltura e l'invidiabile privilegio di dare alle sue opere una forma letteraria seducente e pura.

Questo italianissimo tra i nostri scienziati associa la coltura all'arte del ben dire.

Nel volume che presentiamo il Bocci compie delle incursioni nel campo della medicina, dell'arte, della letteratura, della vita civile e politica, proiettando ovunque la vivida luce della indagine fisiologica contemporanea.

La vivacità dello spirito, lo splendore delle immagini, l'originalità delle concezioni scientifiche, la pieghevolezza e l'abilità dello stile, la copia dei fatti e delle idee, il talento di coordinazione, fanno di questo volume un gioiello. L'A. non lo ha scritto pei medici, ma anche i medici ne saranno sedotti; in specie i colleghi che fanno opera di propaganda potranno trarne spunti e nozioni preziose.

I. T.

Ospedale Costanzo Mazzoni in Ascoli Piceno. Relazione sul movimento generale e resoconto clinico della Sezione medica nel biennio 1910-1911, per il prof. dott. A. CAPOGROSSI. Un op. in-8° grande, Ascoli Piceno, Stab. Grafico A. Cesari, 1912.

Da questa relazione emerge il notevole incremento assunto dall'Ospedale di Ascoli Piceno, sotto la vigile direzione del prof. Capogrossi. Nel 1890 gli infermi ricoverati erano 463, nel 1910 salirono a 1260, nel 1911 a 1151; la media individuale di degenza si è abbassata a poco più della metà; la percentuale di mortalità si è ridotta notevolmente (12.4 nel 1881; 8.8 nel 1912).

Interessanti dati clinici possono desumersi dalla accurata relazione del Capogrossi.

T. I.

Bibliographie Métodique et Complète des Livres de Médecine, Chirurgie, Pharmacie, Sciences. In 8°, 128 pagine con figure.

Questa nuova edizione della « Bibliographie des livres de Médecine », completamente trasformata, dà, in diversi capitoli, la nomenclatura corredata di notizie di tutte le opere mediche comparse in Francia dal 1900 al 1913.

Un supplemento indica i volumi comparsi nel 1912-1913 e quelli in preparazione.

Questo vade-mecum bibliografico è utile a tutti i medici. Viene inviato gratuitamente e franco, su semplice domanda diretta alla « Grande Librairie Médicale A. Maloine » 25-27, rue de l'École de Médecine, Paris.

VARIA

Il fato del segretario generale dei congressi. — Incombe la stagione dei congressi. — *Si parva licet componere magnis*, possiamo dire che la preparazione dei congressi rassomiglia oggi alla mobilitazione di un esercito. Tutti coloro che vi hanno parte sono esposti ad una rude fatica, lavorano *ad alta tensione*. Ma il compito del segretario generale è particolarmente arduo. — Questo benemerito lavoratore può trovare alcuni spunti che gli varranno di guida se non di incoraggiamento in un'arguta poesia redatta dal prof. F. Berlioz, il quale fu segretario generale del Congresso d'idrologia tenutosi ad Aix-les-Bains or è qualche anno. Essa viene ripubblicata ora nel « British Medical Journal ». Ripete la forma di un decalogo; ma le mansioni del segretario generale sono così numerose e multiformi, ch'è stato impossibile condensarle tutte in dieci comandamenti.

Ecco i versi nella loro integrità. Qualunque tentativo di traduzione li sciuperebbe.

Longtemps d'avance tu t'y prendras
Pour ne pas choir piteusement.
La semaine tu travaillera
Et le dimanche mêmement.
Nuit et jour tu penseras
A recruter des adhérents.
Des circulaires tu enverras
Et des avis pareillement.
Les rapporteurs tu presseras
Pour leur travail, très souvent.
L'imprimeur tu surveilleras
Car il retarde tout le temps.
L'administration tu solliciteras
Et l'on t'écoutera courtoisement.
Aux Compagnies tu demanderas
Des permis résolument;
Et tu les obtiendras
En général facilement.
Ton président tu honoreras
Et les vices pareillement.
Les délégués tu placeras
En bon poste naturellement.
Les dames tu accueilleras
De ton sourise gracieusement.
Des discours tu prononceras
Aussi courts qu'intéressants.
Des toasts tu porteras
Le plus possible spirituellement.
Des excursions tu organiseras
Et des banquets agréablement.
Quand toutes choses bien fait tu auras
Les congressistes seront contents.
Après tu te reposeras,
Si tu le peux, un court moment.
Et puis tu reprendras
Ton labeur quotidiennement.

In un punto il prof. Berlioz è troppo ottimista: quando afferma che, dopo avere esaurita tutta la propria energia affinchè le cose procedano bene, i congressisti saranno soddisfatti del segretario generale.

Nel caso più favorevole questi, stremato, amareggiato, intrattabile, sfuggirà alle critiche.

Tale è il suo fato.

Dopo il tumulto del Congresso egli troverà che... il lavoro è ricompensa a sè stesso.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BOCCI B. La semplificazione degli enzimi col metodo combinato dell'autolisi e della dialisi. Sinergia enzimatica ed analasi. — Napoli, 1912.

IBBA F. Le malattie infettive nel comune d'Iglesias con speciale riguardo alla tubercolosi. — Milano, 1912.

VIVIANI U. Su particolari atteggiamenti della mano negli epilettici deceduti durante l'accesso convulsivo, ed in genere nei soggetti morti improvvisamente o trovati morti. — Arezzo, 1912.

MAJMONE B. Una frequente alterazione delle conserve di pomodoro. — Biella, 1911.

REPETTI G. V. Ancora del nuovo metodo di immersione dei palombari in uso nella R. Marina italiana, a confronto col vecchio sistema. — Milano, 1912.

RUBINO C. e FARMACHIDIS C. L'azione degli estratti di organi di animali sani e di animali tubercolosi sulla emolisi da veleno di cobra. — Genova, 1912.

Ordine dei medici della Provincia di Porto Maurizio. Albo dei medici. Primo anno, 1912. Appendice. Annuario sanitario della provincia. — Sanremo, 1912.

ROSSI G. e CIACCIA M. Nuovo contributo allo studio della decomposizione dei vegetali. — Roma, 1911.

PEZZINI F. G. Considerazioni sopra un caso di ci-ti chilosa del mesentere. Milano, 1912.

CANTIERI A. Influenza e complicazioni. — Milano, 1913.

SARDI A. Paralisi del nervo radiale da meccanismo poco noto. — Porto Civitanova, 1913.

Bollettino della Società medico-chirurgica di Modena. Anno XIV, XXXVII della Società, 1911-1912. — Modena, 1912.

D'ALFONSO N. R. Giambattista Morgagni e la biologia moderna. — Roma, 1913.

RUBINO A. La cura del morbo di Basedow. (Lezione clinica). — Napoli, 1913.

DELLA VEDOVA T. e CASTELLANI L. L'opera dell'Istituto clinico oto-rino-laringologico di Milano nel quinquennio 1907-1911. — Milano, 1912.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Nazionale dei Medici di bordo. — In seguito ai voti espressi dall'intera classe dei medici di bordo ed alla constatata necessità di sistemare decorosamente ed in modo definitivo la posizione di essi, il Consiglio direttivo di questa Associazione ha compilato un progetto di regolamento per i medici di bordo fissi, progetto che è stato già presentato ai vari direttori di Società di navigazione.

I capisaldi di questo progetto sono i seguenti:

a) nomina dei nuovi medici fissi per concorso, con stabilità di quelli già in servizio da un anno; *b*) diritto alla stabilità dopo un anno di servizio; *c*) stipendio di lire 400 per il primo anno, con aumenti triennali successivi di lire 50, fino al massimo di lire 600; *d*) onorario per la cura degli ammalati di I e II classe imbarcati ammalati; *e*) indennità per i certificati di infortunio; *f*) congedo annuo di 15 giorni, elevabile ad un mese se impiegato a scopo di studio e cumulabile per due anni; *g*) indennità giornaliera di lire 5 durante la permanenza nel porto di armamento; *h*) diritto allo stipendio intero per i disarmi fino a tre mesi; *i*) indennità di lire 50 mensili per la conoscenza della lingua inglese o spagnuola; *l*) scelta del piroscafo secondo l'anzianità.

Con sentenza del Conciliatore del IV Mandamento di Genova del 18 aprile u. s. è stata risolta una vecchia questione interessante i medici di bordo, quella del pagamento dei certificati definitivi di infortunio che essi rilasciano per conto del Sindacato Marittimo Italiano: questo è tenuto al pagamento della indennità di lire 2 per certificato a norma dell'articolo 149 del regolamento per gli infortuni.

Nella discussione sulla Cassa Invalidi della Marina Mercantile è stata trattata la questione dell'iscrizione dei medici di bordo fra la gente di mare di I categoria e quindi della loro ammissione ai benefici della Cassa Invalidi. In un colloquio avuto in proposito col Segretario della Associazione, S. E. l'on. Bergamasco, sotto-segretario della Marina, promise che riprenderà in esame la questione per vedere di risolverla favorevolmente ai medici, e che, se ciò non sarà possibile, verrà provveduto per la restituzione ad essi delle somme pagate per contributo alla Cassa Invalidi, con relativi interessi, e per dispensa da ogni ulteriore pagamento.

Il Consiglio della Federazione delle Sezioni dei medici condotti della Provincia di Roma, riunito in seduta plenaria il 23 giugno 1913, dopo ampia ed esauriente discussione sul tema: « Condotta residenziale », tenute presenti la legge sanitaria, le dichiarazioni di S. E. il Pres. dei Ministri alla Camera ed al Senato, il voto del Consiglio sanitario provinciale, tendenti all'abolizione della condotta piena, conforme ai deliberati espressi più volte nei suoi Congressi dell'Associazione nazionale Medici condotti, considerando che già nella provincia vi sono esempi (Viterbo, Corneto Tarquinia) di tale riforma, con evidente vantaggio del servizio sanitario, in vista della prossima apertura dei concorsi alle condotte vacanti di Civitavecchia, Frosinone, Civitacastellana, Albano, Acquapendente ed altri centri importanti;

all'unanimità delibera, che pur continuando la intensificazione dell'azione di classe contro i Comuni che non ottemperassero alle predette disposizioni di legge, si debbono adire le vie della giustizia amministrativa, ricorrendo, ove occorra, ai mezzi estremi.

Medici a Congresso. — Nella sala del Consiglio comunale di Palestrina si sono adunati i medici condotti della Sezione Prenestina, comprendente i mandamenti di Palestrina, Valmontone, San Vito Romano, Genazzano, per discutere l'ordine del giorno recante i temi: « condotta residenziale » e « propaganda igienico-sanitaria ».

Aprì il ciclo dei discorsi il sindaco Di Nunzio, portando il saluto della città ai congressisti. Prese poi la parola il prof. Bandiera.

Presenziava la riunione, e portò una nota di schietta solidarietà, il presidente della Sezione Romana, dott. Malusardi, che pronunziò un efficace e caloroso discorso.

Parlò lungamente, quale presidente della Sezione Prenestina, il dott. Alberti, spiegando l'opera di attività feconda e combattiva compiuta con ardimento e con fede dal Consiglio di amministrazione e riscuotendo vivissimi applausi.

Fecero brevi, ma precise ed obbiettive dichiarazioni i dottori Perelli e De Plato.

Prima di sciogliere il convegno venne approvato il resoconto finanziario 1912, plaudendo all'opera del segretario-cassiere dott. Codurri; rinnovato il Consiglio, eleggendo a consiglieri i dottori De Plato Tancredi, Cinti, Ariola, Lanni, Bonadonna; indi nominato un Comitato per la propaganda igienico-sanitaria, composto dei dottori Alberti, Codurri, Benedettelli, De Plato e Perelli.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3892) *Inettitudine del medico condotto - Ufficiale sanitario.* — Il Dott. X. Y. da X. Y. desidera conoscere se vi sia mezzo, non ostante il contrario volere della Amministrazione municipale, di procedere al licenziamento del medico condotto stabile, incapace ed inetto, se, non ostante l'esistenza in paese di liberi esercenti, il medico condotto possa continuare ad esercitare le funzioni di ufficiale sanitario e se sia incompatibile per la nomina ad ufficiale sanitario, chi abbia uno zio farmacista esercente *in loco*.

Certamente la inettitudine e la incapacità tecnica sono ragioni sufficienti per ordinare il licenziamento di un medico condotto, ancorchè stabile. L'iniziativa deve, però, essere sempre presa dal Comune, il quale deve esperire tutte le preliminari formalità all'uopo tassativamente imposte dalla legge. La giurisprudenza che avea per lo addietro ritenuto non potersi privare il medico condotto della carica di ufficiale sanitario per affidarla ad un medico libero esercente, residente nel paese, ha da qualche tempo mutato avviso. Ora, quindi, ben si può revocare il decreto di nomina provvisoria di cui fosse fornito il medico condotto per nominare in di lui vece il libero esercente. La giurisprudenza stessa ha sempre ritenuto incompatibile la funzione di ufficiale sanitario in chi abbia in paese un parente farmacista.

(3894) *Pensioni.* — Al Dott. C. T. da B. rispondiamo che liquiderà annue lire 819 di pensione. Da detta somma dovrà essere detratta la tassa di ricchezza mobile in lire 62.65 e la ritenuta di cui all'articolo 11 della legge in lire 8.20, in uno lire 70 55. Le si corrisponderà netta la somma di lire 748.45.

(3895) *Tassa esercizii e rivendite.* — Il Dott. N. S. da S. P. B. chiede conoscere se sia obbligato a pagare *la tassa industria e commercio* ed a chi possa ricorrere per eccessiva tassazione.

I Comuni non sono autorizzati a riscuotere una tassa denominata, come ella dice, *industria e commercio.* Si tratterà, forse, della tassa esercizi e rivendite alla quale sono soggetti i medici per il libero esercizio professionale. I medici condotti, come tali, non sono soggetti al pagamento di detta tassa, ma vi sono, invece, soggetti in quanto esercitano liberamente ed in proporzione al reddito relativo. Qualora la tassazione Le sembra eccessiva può ricorrere in prima istanza alla Commissione comunale ed in seconda istanza alla G. P. A. I ricorsi sono stesi in carta da bollo di centesimi 60.

(3896) *Supplenza volontaria del medico condotto.* — Il Dott. G. L. da C. chiede conoscere se avendo come libero esercente sostituito volontariamente il medico condotto durante il congedo, abbia diritto a compenso.

Se non ha avuto alcun invito dal sindaco di sostituire il condottato durante il congedo, non può chiedere compenso dal Comune. Potrebbe pretenderlo dalle famiglie, cui Ella ha prestato l'opera sua anche in via giudiziaria, salvo a queste di chiamare in causa il Comune pel danno derivato dalla incuria e negligenza degli amministratori per non aver provveduto come per legge alla supplenza del condottato e fatto mancare l'assistenza sanitaria a coloro che ne avevano il diritto perchè inclusi nell'elenco dei poveri.

(3897) *Ricchezza mobile.* — Il Dott. G. F. da C. chiede conoscere se avendo concordato con l'agente delle tasse un *forfait* per l'esercizio libero professionale sia tenuto a supplemento d'imposta per l'onorario che riceve per la supplenza di un medico di comune viciniore durante il congedo.

Se la supplenza esisteva, o meglio, preesisteva al concordato, non è ammissibile il supplemento, se, invece è sorta dopo è insindacabile l'opera dell'agente perchè tratterebbesi di un reddito nuovo, che potrebbe variare anche in gran parte, le basi del concordato.

(3898) *Pensioni - Aspettativa.* — Il Dott. G. D. S. da R. chiede conoscere in qual modo si deve operare il pagamento del contributo al Monte pensioni e se possa ottenere l'aspettativa per ragioni di famiglia, non ostante il silenzio del capitolato.

Il medico paga il proprio contributo al Monte pensioni in lire 132 annue mediante ritenuta per dodicesimi sullo stipendio. Anche nel silenzio del capitolato il Consiglio comunale, in vista di grave necessità, può accordare al medico condotto un periodo di aspettativa per ragioni di famiglia.

(3899) *Molino a gas.* — Il Dott. F. B. da F. desidera conoscere se possa dar favorevole parere come ufficiale sanitario all'impianto di un molino a gas nella principale piazza del paese.

Sia per l'esalazione del gas sia per l'assordante rumore del motore, il mulino in parola non potrà essere impiantato nella principale e più popolata piazza del paese, tranne che l'esercente non dimostri che per la introduzione di adatti metodi e di speciali cautele il suo opificio non arreca nocumento alla salute del vicinato. Del resto dell'attivazione dell'opificio deve essere dato avviso preventivo al Prefetto, che deciderà in merito definitivamente a' sensi dell'articolo 68 del Testo unico.

(3900) *Riassunzione in servizio di un medico che già gode pensione.* — Il Dott. I. T. da M. desidera conoscere se un medico che gode la pensione possa prender parte a concorsi e possa accettare la relativa nomina.

Il medico che già gode pensione può essere riassunto in servizio, restituendo la pensione percepita per la ricostituzione del conto individuale a norma dell'articolo 6 della legge del 1909. Per l'esercizio delle funzioni di interino crediamo non esservi difficoltà.

(3901) *Pensioni.* — Al Dott. E. C. da S. C. rispondiamo che, tenuto conto del versamento volontario di lire 264 che farà fino al 1916, epoca in cui intende liquidare la pensione e del maggior contributo pagato dal 1899 al 1908, avrà la pensione annua di lire 1339.88. Si liquida la pensione dopo 20 anni ai soli medici anziani, che si iscrissero alla cassa dopo aver compiuto il 60° anno di età.

(3902) *Condotta piena - Estensione.* — Il Dottor L. G. da M. chiede conoscere se possa estendersi la condotta a posto coperto e se occorra nuovo concorso pel medico che, nominato pei poveri, assuma il servizio generale.

Il Comune anche dopo aver nominato il medico condotto pei poveri può estendere il servizio alla generalità, sempre quando tale provvedimento sia imposto da necessità di servizio. Il medico condotto che nominato pei poveri viene assunto a disimpegnare il servizio per la generalità, non deve esporsi a nuovo concorso.

(3903) *Pensioni.* — Al Dott. R. P. da P. Ella non può riscattare gli anni di servizio prestati dal 1903 al 1910 perchè non era in regolare servizio prima della promulgazione della legge del 1898 sulle pensioni. Con 61 anno di età e 25 di servizio ella liquiderà annue lire 1172. Ritirandosi dal servizio non può rimanere più iscritto alla Cassa.

(5904) *Pensioni - Infortuni.* — Il Dottor abbonato 2500 desidera conoscere se gli anni di aspettativa per ragione di famiglia si computano nel periodo utile per la pensione e chi deve pagare i varii certificati nei casi di infortunio.

Durante il periodo di aspettativa per ragioni di famiglia non si percepisce stipendio. Esso, quindi, pel disposto dell'articolo 15 della legge 2 dicembre 1909 non è valutabile per la pensione. L'avere la condotta a cura piena non esime gli esercenti o le Società a pagare i certificati occorrenti nei varii casi di infortunio. In caso di ulteriore negativa può ben Ella adire la competente autorità giudiziaria.

(3905) *Certificati - Poveri.* — Al Dott. P. Z. da F. rispondiamo che il rilascio dei certificati è gratuito per chi si presenta munito di un certificato di indigenza assoluta rilasciato dal sindaco del Comune o dalla locale autorità di pubblica sicurezza.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

AMELIA (*Perugia*). — Condotta di Porchiano; L. 2400 pei poveri, L. 400 per gli abbienti; alloggio, cavalc. a carico del Comune pei poveri, a carico dei richiedenti pei non poveri, 2 sessenni su L. 2400. Scad. 10 luglio.

BORGOMASINO (*Torino*). — Condotto e uff. sanitario consorziale con Maglione; L. 2000 compreso l'alloggio (valutato L. 95) e L. 200 per supplenza, cura 60 poveri circa, visita giornaliera a Maglione distante km. 2 circa. Scad. 15 luglio.

BRA (*Cuneo*). — Condotta per Pollenzo; L. 1500 lorde pei poveri. Scad. 25 luglio.

CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CARATE LARIO (*Como*). — Condotta piena con Laglio; L. 3238.20 lorde. Ab. 1725. Scad. 31 lug.

CARGEGHE (*Sassari*). — Medico del consorzio con Muros; L. 2000 nette con aumento quinquennale del 20 p. cento; generalità. Scad. 12 lug.

CASTEL SAN PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotta piena; L. 2800 e L. 100 quale U. S. Scad. 12 luglio.

CATANZARO. *Deputazione provinciale.* — Direttore del Manicomio di Girifalco; L. 5000 aument. a L. 6000, oltre i sessenni, alloggio per sè e famiglia mobiliato; età massima 50 anni. Rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scad. 31 luglio.

* CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illum. e riscald. Scad. 31 luglio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Condotto e U. S.; L. 1800 pei poveri e L. 200 per congedo. Scad. 31 lug.

CHIARANO (*Treviso*). — Unica condotta; L. 3800 lorde e L. 200 per eventuale nomina U. S. Scad. 10 luglio.

CHIONS (*Udine*). — Condotta piena; L. 5000 lorde, L. 800 per indennità cavallo, L. 150 quale U. S., alloggio mediante corrispettivo L. 300, abit. 4475. Strade ottime. Scad. 12 luglio.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Sino al 7 agosto 1913 concorso, per titoli scientifici e pratici, al posto di Medico-Direttore-Ostetrico presso il Brefotrofio Provinciale di Como, collo stipendio annuo di L. 4000. Rivolgersi alla Segreteria.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Condotta; ab. 690 al centro e 594 nelle frazioni; L. 3400 lorde. Servizio entro 15 giorni dalla partecip. di nom. Scad. 10 luglio.

CREMA (*Cremona*). — *Ospedale Maggiore.* Due medici-chirurgi ostetrici assistenti; età massima 30 anni; nomina biennale prorogabile; L. 1400 lorde di C.P. e L. 6 per ogni servizio di guardia notturna. Chiedere l'avviso. Scad. 31 luglio.

CUGGIONO (*Milano*). — Due condotte per la generalità degli ab.; L. 4300 ciasc. Scad. 9 luglio.

ERBEZZO (*Verona*). — Condotta piena; L. 4450 e L. 500 per arm. farm., 1 sessennio. Scadenza 15 luglio.

FELETTO CANAVESE (*Torino*). — Condotta; L. 1750 e L. 100 quale U. S. Scad. 10 luglio.

FILETTO (*Chieti*). — Condotta piena: L. 1600 pei poveri, L. 900 per gli abbienti, L. 600 d'indennità cav., L. 200 come U. S. e L. 200 per l'am. farm. (anche se sorgerà una farmacia) lorde; due sessenni di L. 250. Popol. legale 2310; presente (di fatto) 1966. Scad. un mese dal 20 giugno.

FIRENZE *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stab. Riuniti*. — Due medici chirurgi assistenti; L. 1200 con ritenuta di R. M. Titoli ed esami. Età massima 28 anni. Scad. ore 17 del 19 luglio.

GAGGIO MONTANO (*Bologna*). — Al 30 luglio condotta: ab. 2500; L. 2400 pei poveri e L. 1000 per la generalità, lorde; L. 800 pel cavallo; assicuraz. Servizio entro 15 giorni dalla com. di nom.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Condotta medica, al 29 luglio; L. 3100. Vedi fasc. 26.

GRAMAGLIONE (*Bologna*). — Seconda condotta, L. 3400, cura piena, tre sessenni, senza obbligo cavallo, condotta comoda. Scad. 15 luglio.

GREVE (*Firenze*). — Condotta per San Polo; L. 2600 nette e L. 400 per obbl. cav., 2 sessenni. Ab. 1630, non più di 35 anni, s. e. r. Scad. 13 lug.

GRIZZANA (*Bologna*). — Prima condotta; L. 3400, cura piena; L. 800 cavallo, tre sessenni di L. 300. Scad. 23 luglio.

GUASTALLA (*Reggio Emilia*). — Frazione S. Rocco, abit. 2700, pianura, L. 2800 per 1000 poveri, tre sessenni. L. 700 cav Scad. 21 luglio.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie povere 38. Scad. 31 agosto.

LAMPEDUSA (*Girgenti*). — Condotta per Linosa; L. 2400 cura piena; arm. far. Scad. 12 luglio.

LATISANA (*Udine*). — Medico 2° riparto; condotta libera; L. 3000 e 2 sessenni, L. 500 se l'eletto risiederà a Gorgo, L. 700 se risiederà a Pertegada, L. 800 per cavalc. Scadenza 31 luglio.

*LOMELLO (*Pavia*). — Medico per la generalità; diploma U. S.; L. 4500 lorde, indennità L. 500 e 2 sessenni. Ab. 3268. Scad. 7 luglio.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario consorziale per i comuni di Gonzaga-Moglia e Pegognaga. Ab. 23.324. L. 400 di stipendio e L. 1500 per indennità. Età massima 45 anni al 15 giugno. Titoli ed esami. È inibito il libero esercizio professionale. Documenti alla Divisione Sanità, fino alle ore 12 del 30 luglio.

MONTEVIALE (*Vicenza*). — Condotta consorziale; L. 4800 e L. 200 se uff. san., con due sessenni, lorde di R. M.; abitazione. Ab. 2350. Si richiede l'iscrizione in un Ordine. Scad. 10 luglio.

MONZA (*Milano*). *Congregazione di Carità*. — Concorso per soli titoli a: Medico secondario aiuto nella sezione chirurgo-ostetrica; id. aiuto nella sezione di Medicina; id. assistente. Stipendio degli aiuti, nette L. 1450; degli assistenti, nette L. 1200 oltre alloggio, riscaldamento ed illuminazione. Scad. 31 luglio.

MONZA (*Milano*). — Urgente richiesta di medici secondari per servizio interinale circa due mesi. Rivolgersi Segreteria Ospedale.

ODERZO (*Treviso*). — *Ospedale Civile*. Medico assistente; L. 1200, vitto ed alloggio interno. Per supplenze ai medici condotti l'eletto potrà fare assegnamento su altre L. 630. Rivolgersi all'Amministrazione. Scad. 31 luglio.

PATERNO DI ANCONA (*Ancona*). — Condotta; L. 4400 lorde e 3 sessenni compreso compenso U. S. Scad. 19 luglio.

PAVIA. *Ospedali e Istituti annessi*. — Concorso per titoli a secondo medico assistente-residente e secondo chirurgo assistente-residente presso l'ospedale, collo stipendio di L. 1400 al netto d'imposta di R. M. Documenti alla direzione amministrativa. Gli eletti dovranno assumere servizio appena nominati.

PELLIO (*Como*). — Condotta piena del consorzio con Laino ed Intelvi; L. 3240 aument., L. 50 quale uff. sanit., abit. 1500. Scad. 10 luglio.

PETTINENGO (*Novara*). — Condotta con Selve Marcone; L. 1750 per 285 poveri incirca. Ab. 2365; kmq. 8 tutti in collina. Scad. 20 luglio.

PESCIA (*Lucca*). — *R. Spedale dei SS. Cosmo e Damiano*. Due assistenti medico-chirurgi; L. 1200 nette, vitto e alloggio nei giorni di guardia e 10 per cento sugli atti operativi agli abbienti. Rivolgersi alla presidenza dell'Ospedale. Scad. 15 luglio.

PRAMAGGIORE (*Venezia*). — Cond. piena; L. 3900, tre sessenni, L. 600 mezzo trasporto, L. 750 alloggio. Ab. 3312. Scad. 15 luglio.

ROBBIATE (*Milano*). — Per accordi con l'Associazione N. M. C. è riaperto il concorso al posto di medico; L. 3750. Scad. 10 luglio.

ROCCAGORGA (*Roma*). — Condotta piena; L. 2500 poveri, L. 1200 abbienti, lorde; due sessenni; L. 100 quale U. S. Assunzione servizio entro 20 giorni partec. nomina. Scad. 26 luglio.

ROMA. *Ministero dell'interno. Direzione della Sanità pubblica*. — Due assistenti laureati in medicina e chirurgia presso il laboratorio di micrografia e batteriologia della Sanità pubblica; L. 3000. Scad. 31 luglio.

SANTA MARIA DELLA VERSA-DONELASCO (*Pavia*). — Condotta consorz. per soli poveri. Vedi fasc. 26. Scad. 15 luglio.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni*. — Medico primario e medico ordinario di sezione (assistente) al Manicomio di S. Nicolò. Vedi fasc. 26. Scad. ore 16 del 10 luglio.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Condotta residenz. per Soiana, Soianella e Chientina; L. 2500 aument. di 1 decimo per 2 quinquenni: e L. 600 per obb. cavalc., residenza in Soiana. Ab. 2242, di cui 990 sparsi. Scad. 14 luglio.

TORNACO (*Novara*). — Medico; L. 4000 lorde, alloggio e luce, indennità mondarisi; ab. 2080. Scad. 10 luglio.

TRIPI (*Messina*). — A tutto il 24 luglio è aperto il concorso al posto di medico condotto in annue lire 1600. Chiedere informazioni al Sindaco.

VESCOVANA (*Padova*). — Fraz. Granze, L. 2800 pei poveri, alloggio, L. 500 mezzo trasporto, pianura, abit. 2000. Scad. 15 luglio.

PISA. *R. Università*. — Concorso ad otto posti di assistente volontario nella Clinica chirurgica. Vedi fasc. 24. Scad. 15 luglio.

Medico con lunga pratica e ottimi certificati accetterebbe interinato in condotta di montagna o di spiaggia a datare dal 1° agosto. - Scrivere al dott. A. Veneziani - Bologna, Via Castiglione 95.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Filetto (Chieti), Tizzano Val di Parma (Parma), Sancassiano di Lecce, Comunola, Corigliano d'Otranto, Collepasso, Castri di Lecce, Otranto, S. Vito dei Normanni (Lecce), Chianciano (Siena), Castelnuovo Val di Cecina [per Sasso e Montecastelli] (Pisa).

Revoca di diffide: Sedrina-Clamezzo (Bergamo).

La Sezione Fanese dell'A. N. M. C. rammenta a tutti i colleghi che coltivano il ramo chirurgico dell'arte sanitaria che il concorso indetto testè dal Comune di Fossombrone per la sua condotta chirurgica primaria è diffidato perchè a cura piena e perchè il titolare dovrà provvedere alla supplenza dietro l'indennizzo irrisorio di lire 200, misura che è contraria alla legge.

Ci si comunica:

Prego inserire nel prossimo numero del « Policlinico » (Sez. pratica) la « diffida al concorso per la condotta sanitaria di Roccagorga, aperto fino al 26 luglio p. v., perchè bandito a cura piena, stipendio insufficiente (lire 3700 lorde) e con la clausola che, se concorrerà uno solo, il Comune si riserva il diritto di bandire altro concorso ». Distinti ossequi.

Il presidente
della Sez. di Frosinone-Velletri:
Dott. A. ANGELINI.

TORINO. *R. Accademia di medicina.* — È aperto il concorso al premio di lire 500 istituito dal comm. prof. Maurizio Reviglio all'autore del miglior lavoro originale presentato all'Accademia da studenti di medicina dell'Università di Torino o da medici laureati da non oltre quattro anni e residenti a Torino. Il tempo utile per la presentazione delle domande d'ammissione e dei relativi lavori scade col 31 dicembre 1913, epperò saranno considerate come non pervenute quelle domande, e relativi lavori, che, sebbene spedite o consegnate agli uffici postali in tempo utile, non saranno rispettivamente recapitate alla sede dell'Accademia (via Po, 18, Torino) entro le ore 18 del detto giorno.

TORINO. *R. Accademia di medicina.* Premio Riberi di L. 20,000. Lavoro scientifico da cui sia conseguito un notevole progresso nelle scienze mediche durante l'ultimo quinquennio. Scadenza 31 dicembre 1916.

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e di offerte o ricerche di interinati.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Il dottor Guglielmo Bilancioni, già libero docente in patologia generale, ha conseguito in questi giorni « per titoli » la libera docenza in otorimo-laringoiatria. La commissione esaminatrice, presieduta dal prof. Todaro, era composta dei proff. Massei, Ferreri, Alessandri e Genta.

Vivi rallegramenti al nostro valente collaboratore.

Nel personale della Sanità Pubblica. — Con recenti decreti, ebbero luogo le seguenti nomine e promozioni:

Medici provinciali aggiunti promossi dalla 2ª alla 1ª classe: Tommasi Crudeli dott. Corrado; Ragazzi dott. Carlo; Garofani dott. Giulio; Sinisi dott. Donato; Grimani dott. Enrico; Fusco dott. Gennaro.

Medici provinciali aggiunti promossi dalla 3ª alla 2ª classe: Consoli dott. Nicolò; Franchetti dott. Augusto; De Marchi dott. Alberto; Missiroli dott. Alberto; Leone dott. Edoardo; Cremonese dott. Guido; Pasero dott. Costantino; Pugliese dott. Alessandro; Pellegrino dott. Michele; Calamida dott. Enrico; Giraldi dott. Enea; Quarta dott. Vincenzo.

Medici provinciali aggiunti promossi dalla 4ª alla 3ª classe: Tirelli dott. Mario; Amalfitano dott. Giuseppe; Cavino dott. Ottorino; Cocchia dott. Cesare; Frongia dott. Ermenegildo; Giampalmo dott. Giuseppe; Poeti-Marentini dottor Mario; Pierotti dott. Antonio; Boffa dott. Antonio; Polese dott. Francesco; Talotta dott. Domenico; De Lillo dott. Giuseppe.

Medici provinciali aggiunti promossi dalla 5ª alla 4ª classe: Civetta dott. Igino; Rosa dott. Donantonio; Trincas dott. Lazzaro; Angelillo dottor Francesco; Fuschi dott. Giovanni; Caporali dottor Mario; Barba dott. Stefano; Caleca dott. Pietro; Pennella dott. Michele; Vizioli dott. Biagio; Cavacini dott. Vincenzo; Monti dott. Giuseppe; Cantamessa dott. Ferdinando; Santelmo dott. Callisto; Giglio dott. Corrado; Manari dott. Carlo; Tecce dott. Nicola; D'Aloja dott. Nicola; Ferrara dott. Vincenzo; Migliori dott. Domenico; Besta dott. Italo.

Il dott. Brigida Paolo, medico di porto di 1ª classe, è trasferito da Napoli ad Avellino con le funzioni di medico provinciale.

I dottori Angeletti Nazzareno e Nicolais Alessio, segretari medici di 2ª classe, sono nominati medici provinciali aggiunti di 3ª classe, e promossi alla 1ª classe.

MILANO. — Il Consiglio degli Istituti ospitalieri ha nominato a vice-direttore dell'Ospedale Maggiore il dott. prof. Enrico Ronzani, vice-direttore finora dell'Ospedale di Santa Maria Novella di Firenze. La nomina si è effettuata in seguito a concorso pubblico, cui parteciparono otto medici, tra i quali due ispettori dello stesso Ospedale Maggiore.

Il Ronzani, dalla Commissione esaminatrice composta dei professori Sclavo, Forlanini, Sormani, Tosi e Ligorio, fu classificato per titoli ed esami primo nella graduatoria, donde la sua nomina.

BOLOGNA. — Il dott. Luzzatto Riccardo è abilitato alla libera docenza in chimica fisiologica.

FIRENZE. — Il dott. Crescenzi Giulio è nominato aiuto alla clinica chirurgica.

Messina. — Il dott. Stanziale Adolfo è nominato straordinario di clinica dermosifilopatica.

Modena. — Sono nominati i dottori: Ferrarini Carlo aiuto in igiene; Alzona Federico assistente in clinica medica.

Napoli. — Il prof. Jemma Rocco, ordinario di clinica pediatrica a Palermo, è trasferito, col suo consenso, a Napoli.
Il dott. Martelli Carlo Domenico è abilitato alla libera docenza in anatomia patologica.

Padova. — Il dott. Pellegrini Rinaldo, assistente in anatomia patologica, è promosso aiuto; il dott. Stoccada Giorgio è nominato aiuto in sua vece.

Palermo. — Il dott. Cosentino Andrea è autorizzato a trasferire da Roma a Palermo la libera docenza in patologia chirurgica.

Parma. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Braga Angelo in patologia medica; Della Valle Luigi Emanuele in patologia chirurgica; Clerici-Bagozzi Gerolamo in clinica chirurgica e medicina operatoria.
Il dott. Ravenna Ferruccio è autorizzato a trasferire da Pisa a Parma la libera docenza in patologia medica.

Pavia. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Cesa-Bianchi Domenico in patologia medica; Visentini Arrigo in anatomia patologica.
Il dott. Bolzani Giovanni è nominato assistente nella clinica delle malattie mentali e nervose.

Pisa. — Sono nominati i dottori: Marcantoni Flavio e Mondolfo Emanuele assistenti in clinica medica; il dott. Buglio Giuseppe, assistente in fisiologia, è promosso aiuto.

Roma. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori Bonfiglio Francesco in clinica delle malattie nervose e mentali; Paludetti Gaetano in oto-rino-laringoiatria.

Torino. — La Facoltà di medicina e chirurgia ha conferito l'incarico gratuito per l'insegnamento dell'antropologia criminale al prof. Mario Carrara, ordinario di medicina legale.

Trieste. — Il dott. Guido Nigris è nominato medico assistente per una divisione del Civico Ospedale.

Amburgo — Il prof. von Dungern di Heidelberg è stato nominato direttore dell'Istituto sperimentale per gli studi sul cancro, testè aperto ad Amburgo-Eppendorf.

Francoforte s. M — Il prof. Strassburger di Breslavia ha accettato la direzione del corso, testè stabilito, di policlinica medica e terapia, il quale dev'essere considerato come parte della futura Università.

Parigi. — Il prof. Debove è stato ad unanimità eletto segretario perpetuo dell'Accademia di Medicina, in sostituzione del compianto prof. Jaccoud.

Strusburgo. — Il prof. Volff, straordinario di dermatologia, è stato nominato ordinario. Si prevede che tutti gli straordinari di dermatologia delle Università prussiane verranno nominati gradatamente ordinari.

IGIENE SOCIALE

La legge contro l'alcoolismo.

venne approvata dalla Camera dei deputati nel testo votato dal Senato.

L'on. Vincenzo Bianchi parlò sull'efficacia della propaganda dei medici condotti e dei maestri contro l'alcoolismo; l'on. Ellero contro l'eccessivo numero di osterie che esistono in ogni centro abitato; l'on. Pierraccini trovò insufficiente il disegno di legge, che non limita il numero degli spacci d'alcool nè si preoccupa d'eliminare la vecchiaia precoce per alcool; l'on. Cavagnari svolse quest'ordine del giorno: « La Camera invita il Governo a provvedere affinchè le autorità locali procedano all'applicazione della legge con criteri idonei e rispondenti allo scopo ».

L'on. Giolitti dice che questo disegno di legge non mira a sopprimere l'alcoolismo, ma a moderarlo. Fa la storia di questo progetto, osservando di trovarsi fra i due estremi, fra coloro che non vorrebbero si bevesse nemmeno una goccia di di alcool e quelli che hanno paura si beva un bicchiere di meno. Pensa che sia ora sufficiente proibire l'uso delle bevande alcooliche distillate, e cercare di impedire almeno l'aumento dell'uso dell'alcool. Un'altra legislatura potrà fare dei passi maggiori. Prega la Camera di passare alla discussione degli articoli, sui quali è disposto ad accettare qualche emendamento. Accetta l'ordine del giorno Cavagnari, che implica l'approvazione della legge.

L'on. Luzzatti dice che, dopo le dichiarazioni dell'on. Giolitti, si può passare alla discussione degli articoli, senza votare alcuna proposta pregiudiziale o sospensiva. Osserva che non è prudente respingere il bene per amore del meglio. Fanno brevi osservazioni anche gli on. Ottavi e Montemartini.

Il relatore on. Molina, pur ammettendo le gravi alterazioni prodotte dall'alcool nell'organismo umano e portanti alla pazzia, alla delinquenza, alla degenerazione ereditaria, non ammette però che debbansi considerare alla stessa stregua il vino e le bevande alcooliche prodotte coll'aggiunta di sostanze coloranti e aromatiche; altrimenti, senza giovare alla pubblica salute, si danneggerebbe l'enologia nazionale.

Chiusa con ciò la discussione generale, si passa agli articoli. All'articolo 1 la disputa si accende specialmente pel fatto che i socialisti onorevoli Beltrami e Turati combattono il divieto della vendita di bevande alcooliche nei circoli popolari, adducendo che ciò assume parvenza d'ostilità ai circoli stessi, mentre con quel divieto s'indurrebbero i soci a frequentare invece le bettole e

le osterie. Col consenso dell'on. Giolitti, quale ministro dell'interno, e l'adesione del relatore, si torna quindi, contro il parere della Commissione, al testo dell'articolo come venne votato dal Senato e la Camera lo approva. Ma l'on. Giolitti non ha mancato di rilevare che non si rende un buon servigio ai lavoratori permettendo nei loro circoli l'uso e l'abuso dei liquori. — Anche gli altri articoli vengono discussi nel testo com'è giunto dal Senato e risultano approvati tutti quanti fino al 13 ed ultimo. Qualche notevole accenno è risultato dalla discussione, cioè: che nella vendita delle bevande alcooliche nelle cantine, nelle caserme e negli spacci ambulanti dei campi di manovre, l'ingerenza dell'autorità prefettizia sarà sostituita da quella delle autorità sanitarie; che i pareri da chiedersi alle giunte comunali circa l'opportunità d'apertura degli spacci saranno semplicemente consultivi; che severe disposizioni verranno impartite per vietare la somministrazione di bevande alcooliche agli ubriachi; che secondo le disposizioni della legge le osterie esistenti non saranno chiuse, ma non se ne apriranno delle nuove.

Questa legge deve considerarsi come un primo avviamento alla soluzione del grave problema dell'alcoolismo, il quale solo in parte ne viene risoluto.

Facciamo seguire il testo della legge.

CAPO I.

Della vendita al minuto e del consumo di bevande alcooliche nei pubblici esercizi.

Art. 1. — È vietata, senza speciale autorizzazione del prefetto, la vendita nei pubblici esercizi delle bevande alcooliche, che abbiano un contenuto in alcool superiore al 21 per cento del volume, ancorchè l'esercente sia munito della licenza d'esercizio di cui all'art. 50 della legge di pubblica sicurezza.

Tale disposizione è applicabile anche ai venditori ambulanti di cui all'art. 72 della legge di pubblica sicurezza.

L'autorizzazione non deve essere concessa alle cantine delle caserme, agli spacci ambulanti nei campi militari di manovre, agli spacci di cibi e bevande degli stabilimenti di ricovero, di lavoro e di pena dipendenti dalle pubbliche amministrazioni ed infine agli esercizi previsti dall'art. 59 della legge di pubblica sicurezza.

Art. 2. — L'autorizzazione di cui nel precedente articolo non può essere concessa senza il parere della Giunta comunale, nè senza il voto favorevole di una speciale Commissione permanente stabilita nel capoluogo della provincia.

La Commissione è composta;

a) del prefetto o di un consigliere di prefettura da lui delegato;

b) di un membro designato dal Consiglio provinciale;

c) di un membro nominato dal Consiglio provinciale di sanità;

d) del medico provinciale;

e) di un funzionario di pubblica sicurezza, scelto dal prefetto.

L'autorizzazione vale fino al 31 dicembre dell'anno in cui è stata accordata; alla scadenza potrà essere rinnovata con apposizione di visto per parte del prefetto.

Essa è strettamente personale, nè può essere ceduta, o servire per più di un esercizio.

Il provvedimento dato dal prefetto sulla domanda di autorizzazione è definitivo.

Art. 3. — Spetta alla Commissione suddetta di stabilire le norme generali circa gli orari di apertura e di chiusura degli esercizi pubblici, e le ore nelle quali è permessa la vendita delle bevande alcooliche indicate all'art. 1, tenendo conto delle esigenze locali e della diffusione dell'alcoolismo nella provincia.

Restano ferme le facoltà date all'autorità di pubblica sicurezza dall'art. 56 della legge 30 giugno 1889, limitatamente all'abbreviazione degli orari stabiliti.

La vendita delle bevande alcooliche di cui all'art. 1 è assolutamente vietata nei giorni festivi e in quelli di elezioni amministrative o politiche. Per le nuove concessioni di licenze, la Commissione medesima determinerà inoltre le distanze minime tra gli esercizi, nei quali si vendano bevande spiritose di qualsiasi genere, e gli ospedali, cantieri, officine, scuole e caserme.

Art. 4. — È vietato ai pubblici esercenti di somministrare ai minori degli anni 16 le bevande alcooliche di cui all'art. 1.

È loro vietato parimente di somministrare bevande contenenti alcool in qualsiasi misura alle persone che si trovino in istato di ubbriachezza o che palesemente siano in uno stato anormale per debolezza o alterazione di mente.

Non è permesso di adibire il locale dell'esercizio ad ufficio di collocamento, o per il pagamento delle mercedi agli operai.

Art. 5. — È vietato di corrispondere in tutto o in parte la mercede dovuta agli operai in quelle bevande alcooliche di cui all'art. 1.

Art. 6. — Sono vietate la fabbricazione, l'importazione nel Regno, la vendita in qualsiasi quantità, ed il deposito per la vendita del liquore denominato in commercio « assenzio ».

Sono escluse da tale proibizione le bevande che, avendo un contenuto alcoolico inferiore al

21 per cento del volume, contengano dell'infuso di assenzio come sostanza aromatica, senza pregiudizio di quanto è stabilito nell'art. 42 della egge sanitaria.

Art. 7. — Nei Comuni o frazioni di Comuni nei quali esistano esercizi di vendita o di consumo di vino, birra o di qualsiasi bevanda alcoolica in numero tale da superare il rapporto di uno per 500 abitanti, non può essere concessa alcuna nuova licenza per apertura di tali esercizi.

Questa disposizione non si applica al proprietario che vende al minuto il vino dei propri beni.

CAPO II.

Disposizioni penali e transitorie.

Art. 8. — Con decreto reale, a proposta dei Ministri dell'interno e delle finanze ed inteso il voto del Consiglio superiore di sanità, sarà provveduto alla formazione e pubblicazione delle sostanze ed essenze nocive alla salute, che è vietato di adoperare, o per cui si stabilisca che non possano eccedere determinate proporzioni, nella fabbricazione delle bevande alcooliche.

Tale elenco sarà riveduto ogni biennio. La infrazione al divieto è punita con l'ammenda da lire 100 a 500, oltre alla confisca e distruzione delle bevande, senza pregiudizio delle disposizioni dell'articolo 42 della legge sanitaria, e delle maggiori penalità previste nel libro II, titolo VII, capo III del Codice penale ove siano applicabili.

Art. 9. — I fabbricanti e gli importatori di essenze per la confezione delle bevande alcooliche sono tenuti a fare denuncia al prefetto dell'apertura e chiusura delle fabbriche e dei depositi e ad uniformarsi, oltre che al disposto del precedente articolo, alle altre norme e prescrizioni che saranno stabilite con Decreto reale, sentito il Consiglio superiore di sanità, sotto pena della chiusura di ufficio a cura dell'autorità sanitaria provinciale.

Art. 10. — I contravventori al disposto degli articoli 1 e 4 sono puniti con le pene previste dall'art. 489 del Codice penale.

In caso di recidiva, il giudice aggiunge la revoca della licenza.

Ove sia prodotto appello, opposizione o ricorso, la sentenza deve nondimeno essere comunicata all'autorità di pubblica sicurezza, la quale ordinerà la sospensione della licenza.

Il contravventore non potrà conseguire una nuova licenza se non trascorso il termine che il giudice avrà fissato nella sentenza, e che non sarà maggiore di un biennio.

I contravventori al divieto degli articoli 3 e 5 sono puniti con l'ammenda da lire 30 a 100. La stessa pena si applica ai contravventori all'art. 6, oltre al sequestro ed alla confisca della merce.

Le trasgressioni al disposto del secondo e terzo capoverso dell'art. 2 sono punite a termini dell'articolo 149 del Codice penale.

Per i reati commessi a danno dei conduttori di pubblici esercizi o persone da loro dipendenti, a causa o in occasione della osservanza degli obblighi ad essi imposti dalla presente legge, si procede di ufficio ancorchè i reati siano di tal natura per cui, a norma del Codice penale, sarebbe necessaria l'istanza privata.

Art. 11. — Colui che sarà stato per due volte condannato per essere stato colto in istato di ubbriachezza molesta e ripugnante, ovvero per delitto commesso in istato di ubbriachezza, non dovrà essere compreso come elettore nelle liste politiche ed amministrative e nelle liste dei giurati, e verrà cancellato ove sia stato iscritto.

Tale provvedimento avrà la durata di cinque anni dal giorno in cui fu scontata, o altrimenti estinta, l'ultima condanna definitiva.

In caso di recidiva entro il termine suddetto, decorrerà un nuovo quinquennio dalla estinzione della seconda condanna.

Art. 12. — Dall'importo di ciascuna delle pene pecuniarie applicate in virtù della presente legge e del regolamento per l'esecuzione di essa, sarà prelevata una parte, da determinarsi nel regolamento, per essere assegnata a titolo di premio ai funzionari di pubblica sicurezza che abbiano accertato la contravvenzione.

Art. 13. — Con Decreto reale, su proposta dei Ministri dell'interno e di grazia e giustizia, intesi il Consiglio superiore di sanità ed il Consiglio di Stato, sarà provveduto entro sei mesi alla pubblicazione del regolamento per l'esecuzione della presente legge.

Nel regolamento si potrà comminare l'ammenda fino a lire 100 per le infrazioni alle norme del regolamento stesso.

Pubblicheremo prossimamente:

Paglione, L'indacanuria in rapporto alla secrezione esterna del pancreas.

Campiglio, Osservazioni sulla permanenza del B. del tifo nelle deiezioni di convalescenti e guariti di infezione tifica.

Torre, Di un nuovo efficace e pratico impiego terapeutico della tintura di iodio.

Mancioli, Sulla sintomatologia delle etmoiditi croniche.

Ercolani, Alcune considerazioni sullo strapazzo mentale.

LETTERE DA PARIGI

Una visita alla Clinica del prof. Widal. — Sabato scorso il prof. Widal ha tenuto nel suo nuovo servizio dell'ospedale Cochin un'importante lezione. La clinica del prof. Widal è ancora in via di costruzione e consta di due padiglioni a pianterreno per i malati, riuniti da un terzo padiglione ove sono i laboratori e i servizi centrali. Nello spazio rimasto aperto è costruito l'anfiteatro collegato ai padiglioni laterali a mezzo di due corridoi coperti. È una costruzione semplice, ma moderna, completa e sufficiente al Maestro per impartire le sue lezioni ai numerosi studenti che si raccolgono intorno a lui. E sabato scorso, nel gruppo degli scolari si teneva in disparte anche Guido Baccelli. Però, non appena il prof. Widal lo scorse, venne a lui e rispettosamente gli porse il suo saluto, e lo pregò di visitare minutamente i locali della sua clinica onde fare « le tour du propriétaire ». E Guido Baccelli annuì di buon grado, interessandosi a tutti i più piccoli dettagli dando qua e là dei giudizi, osservando, approvando, e dimostrando quale sia la competenza in fatto di costruzioni ospitaliere.

Poi il prof. Widal presentò ai suoi allievi il nostro Maestro e le sue parole suonavano così affettuose e deferenti quali fossero quelle di un discepolo della scuola di Roma. Disse di lui e dei suoi lavori nel campo delle malattie del cuore, che causarono una vera rivoluzione nelle idee dominanti nel tempo in cui videro la luce, e tratteggiò con parole comprensive e colorite il *curriculum vitae* del nostro grande clinico, non dimenticando nessuna delle sue scoperte, soffermandosi sopratutto sulla introduzione dei rimedi eroici nelle vene. Disse infine quanto saggiamente la terza Italia aveva voluto confidare a un grande clinico i dicasteri dell'istruzione pubblica e dell'agricoltura e quali vantaggi hanno derivato da questo fatto alla dignità e all'utilità dell'insegnamento medico, colla erezione del Policlinico, e coll'applicazione di leggi previdenti e saggie disposizioni.

Guido Baccelli era sorpreso e commosso. Egli non s'attendeva una accoglienza così entusiasta e nelle parole di ringraziamento che pronunciò si sentiva il riflesso dell' emozione che cagionava nell'animo suo l'encomio dello scienziato straniero alla scienza d' Italia e della scuola di Roma.

Quindi il prof. Widal tenne la sua lezione clinica sull'argomento seguente:

Importanza del dosaggio dell'urea nel sangue dei malati di morbo di Bright. — Un operaio, muratore, di 27 anni, circa 10 mesi prima aveva notato dei leggeri disturbi, sensazione di *dito morto*, crampi dei polpacci, dolori di testa; poliuria e pollachiuria. Per molto tempo questi furono i soli sintomi subbiettivi che egli avvertiva. Poscia comparvero dispnea, ed edemi degli arti inferiori.

Entrato in un ospedale fu tenuto a dieta ipoclorurata per circa un mese e mezzo poscia, scomparsi gli edemi e la dispnea, l' operaio tornò al suo lavoro. Ma la sensazione del dito morto, i crampi dei polpacci e i dolori di testa continuavano, fino a che ricomparve la dispnea e lievi edemi della faccia. Allora si decise a tornare all'ospedale.

All'esame dello stato presente si rileva pallore del volto, lieve edema delle palpebre, e non degli arti inferiori nè del resto del corpo, cuore ingrandito, con ritmo di galoppo e accentuazione del secondo tono e come sintomi subbiettivi stanchezza, ma non torpore, e disgusto alimentare. L'esame dell'orina mostra la presenza di cilindri granulosi e di albumina.

L'esame dell'urea nel sangue dimostra la presenza di una azotemia importante, circa 3 grammi per mille.

Il prof. Widal comincia dall' osservare come manchi ogni base etiologica conosciuta alla malattia dall'individuo in esame. Non alcoolismo, nè sifilide, nè tubercolosi, nè angina, nè pregressa scarlattina. Nessuna luce sull'origine oscura dell'affezione. I primi sintomi furono dei più subdoli ma, per il medico attento e sagace investigatore, dei più importanti. L'infermo si lagnava della sensazione di *dito morto* e di crampi ai polpacci, di male di capo e del bisogno di orinare frequentemente durante la notte. Segni questi di *ipertensione* cardiaca. Per alcun tempo il solo quadro dell'ipertensione dominò la scena, ipertensione in parte compensata, in parte tollerata dal paziente abbastanza bene. Più tardi, un secondo aspetto si delinea nella sindrome morbosa: appaiono gli edemi, l'individuo diventa un clorurемico. Tuttavia il disturbo non è grave poichè il riposo e la dieta ipoclorurata ne hanno presto ragione, ciò che dimostra come presso alcuni individui il rene divenga impermeabile ai cloruri solo imperfettamente o, soltanto per un certo tempo, quasi si costituissero e si disfacessero alternativamente degli sbarramenti (*barrages*) alla secrezione dei cloruri da parte del rene.

Finalmente, terzo quadro dell'infezione che ha invaso il paziente, compare l'azotemia; il sangue si carica di urea. Il malato sembra affetto da una nefrite delle più lievi, mentre invece il solo fatto della presenza dell'urea nel sangue in così grande quantità dimostra che l' individuo è condannato irremissibilmente e che la sua vita è questione di poche settimane ancora.

I piccoli sintomi di ipertensione descritti sopra,

messi in luce per la prima volta da Dieulafoy e sulla gravità dei quali ha poi insistito il Widal, preludiavano dunque a una nefrite delle più gravi.

L'azotemia, da cui è affetto in questo momento l'infermo, consiste nella ritenzione negli umori dell'urea e dei corpi azotati simili.

La conoscenza dell'esistenza di una tale sindrome è di importanza capitale per il clinico. La sua apparizione comporta un prognostico sempre riservato e in molti casi, come in questo, potrà, malgrado le apparenze, far predire la morte a breve scadenza.

Ultimo prodotto della disintegrazione degli albuminoidi, corpo inassimilabile, l' urea è adatta, in ragione della semplificazione della sua molecola, all' eliminazione per la via del rene. Quando il libero deflusso dell'urea è ostacolato nel rene malato, essa non prende come i cloruri, bruscamente un cammino retrogrado verso i tessuti, ma si accumula nel sangue e tutto lo sforzo delle sue molecole si porta continuamente verso l'epitelio dei tuboli.

Per riconoscere l'esistenza della ritenzione ureica e misurne il grado è indispensabile di paragonare la quantità di urea del sangue colla quantità approssimativa d'albumina ingerita, di stobilire cioè l'indice della ritenzione ureica. Tale ricerca deve essere fatta sistematicamente (1) in ogni malato di nefrite, poichè nella questione, così difficile a risolvere della prognosi degli stati uremici è il solo elemento di certezza che possediamo oggi.

Nessun medico deve al presente prendere la responsabilità della cura di un nefritico senza assicurarsi prima dell'assenza o della presenza della ritenzione azotata. Non si insisterà mai abbastanza su di una tal nozione a causa della sua importanza pratica. *Io preferisco*, dice testualmente Widal, *fare a meno della ricerca dell' albumina nell'orina d'un nefritico, piuttosto che astenermi dal dosare l'urea contenuta nel suo sangue.*

Nei malati in preda ad anasarca grave l' evoluzione della malattia può restare favorevole fino a che il tasso dell'urea del sangue non sorpassa i limiti normali, la dietetica e la cura declorurante finiscono in genere per aver ragione degli accidenti dovuti a una semplice idratazione, ma all'apparire dell'azotemia il regime senza sale non può opporre più alcuno ostacolo.

Lo studio dei numerosi nefritici osservati da Widal gli permette di stabilire così la scala prognostica:

Quando la proporzione di urea nel sangue oscilla fra 0,50 e 1 gr. per mille la fine è ancora lontana; fra 1 e 2 gr. raramente il malato vive un anno ancora. L' evoluzione è ancora più rapida quando l'azotemia oscilla fra due o tre grammi: si tratta in tal caso di qualche mese e spesso di qualche settimana. Quando la cifra è superiore a tre grammi essa è indice di morte entro brevissimo periodo.

La sindrome azotemica, oltre ad essere messa in rilievo dall'esame diretto del sangue, presenta dei sintomi caratteristici. Uno dei più abituali è l'inappetenza progressiva e che arriva fino al disgusto per gli alimenti, spesso accompagnata da vomiti, e rappresenta quasi una rivolta riflessa contro l'alimentazione da parte di un organismo i cui umori sono sovracarichi di azoto.

L' intorpidimento è pure frequente negli azotemici e va dal semplice accasciamento sino alla sonnolenza e al coma completo.

Spesso l'azotemia è accompagnata da prurito, da pericardite o da anemia. Infine, ultimo segno rivelatore è la retinite brightica ancora chiamata impropriamente: retinite albuminurica. Widal è stato il primo a dimostrarne il suo carattere uremico e la sua eccezionale gravità prognostica.

La retinite albuminurica è la lesione oculare dell'azotemia, così come l'edema congestivo della papilla è la lesione oculare della cloruremia e come l'emorragia retinica è la lesione oculare dell'ipertensione.

Al presente non basta più di fare diagnosi di nefrite acuta o cronica, interstiziale o parenchimatosa, d'origine tossica o d' origine infettiva. Bisogna aggiungere se si tratta d' una forma a sindrome unica o multipla e indicare se la cloruremia, l'azotemia o l'ipertensione esistono allo stato isolato o se invece combinano i loro effetti. Dissociando tra i diversi sintomi quelli che indicano l'alterazione dell'una o dell'altra funzione si potrà soltanto stabilire le basi razionali della prognosi e della cura del morbo di Bright.

La denuncia obbligatoria della tubercolosi. — Nel dibattito che si prolunga oramai da sei mesi dinanzi all'Accademia di Medicina, nella seduta del 3 giugno hanno preso la parola due delle più grandi personalità del mondo scientifico. Il prof. Roux direttore dell' Istituto Pasteur e il prof. Carlo Richet. Ambedue sono fra i sostenitori della misura invocata.

Il prof. Roux comincia col dichiarare che egli era partigiano della riforma fin dalla prima discussione del 1898 e che da allora non ha cambiato avviso, malgrado le dichiarazioni contrarie. Il primo ostacolo che si mette in campo è il timore di obbligare il medico alla delazione, alla violazione del segreto professionale su di una malattia che le famiglie non amano confessare vo-

(1) Per i dettagli del metodo consultare: AMBARD (Comptes-Rendus Soc. de Biolog., 11 nov. 1910, p. 111 e 3 dic. 1910, p. 506).

lentieri. Ma quest' ultimo pregiudizio è ora assai meno diffuso di prima giacchè ora è noto che la tubercolosi non è il risultato d'una tara ereditaria, ma di un' infezione accidentale. Così molti tubercolosi non nascondono più il loro male. Del resto la dichiarazione non sarà inviata a un magistrato municipale nè a una amministrazione ma a un medico governativo, obbligato quindi al segreto.

Per procdere alla disinfezione efficace del tubercoloso, non c'è bisogno di una vettura sanitaria, e di un materiale appariscente e costoso e di numerosi sopraluogo di disinfettori. È sufficiente adoperare qualche sputacchiera e un bacino. La prima per raccogliere gli sputi in acqua mescolata a un po' di sapone e soda e per farli bollire, la seconda per raccogliere la biancheria infetta che sarà fatta bollire in seguito, mescolata ad acqua saponata. Di tanto in tanto bisognerà strofinare con una spazzola e un po' di sapone forte il piancito e il muro. Se non è possibile far bollire gli sputi, il medico visitatore lascierà delle sputacchiere incinerabili che si gettano sul fuoco dopo aver servito. Il medico stesso o i suoi agenti si incaricheranno di far raccogliere i bambini dalle istituzioni di prevenzione contro la tubercolosi, e distribuiranno i soccorsi e tutto ciò senza rumore, senza apparato, senza far notare la casa.

In tal modo nessun danno morale potrà venirne al malato e alla sua famiglia.

La disinfezione dopo la morte è assolutamente insufficiente. La tubercolosi si propaga per contatto diretto e prolungato: il bacillo che contamina è quello emesso pochi istanti prima, donde la necessità di educare il malato e la famiglia.

Non lasciamoci influenzare da considerazioni d'ordine secondario. « Poichè la vera causa della propagazione della tubercolosi è il contagio, dirigiamo la legge contro di lui ».

Il prof. Richet, professore di Fisiologia alla Facoltà cominciò il suo discorso con queste parole: « È spesso necessario ripetere le cose comuni, anche all'Accademia. La tubercolosi è una malattia contagiosa. Le inoculazioni fatte negli animali riproducono la tubercolosi. In presenza dei danni che la malattia causa alla Francia la denuncia obbligatoria è necessaria. Il segreto professionale deve aver dei limiti quando si tratta del bene di tutti ».

In fine del suo discorso il prof. Richet ricorda che nel '77 l'Accademia emise un voto negando la contagiosità della tubercolosi, voto che appare ridicolo alle generazioni nuove. « State attenti, miei cari colleghi, che i nostri successori non debbano più tardi portare un simile giudizio sulle nostre decisioni ».

Parigi, 7 giugno 1913. Dott. GOD.

NOTIZIE DIVERSE

Il Comitato Nazionale Italiano dei Congressi Internazionali di Medicina.

In seguito ad invito rivolto dalla Commissione permanente dei Congressi internazionali di medicina (La Haye, Hugo de Grootstraat 10) al prof. Maragliano (quale rappresentante insieme al prof. Baccelli dell' Italia in seno alla Commissione stessa nominati nell'ultimo Congresso Internazionale di Budapest), si sono radunati i Rappresentanti degli Organismi ufficiali medici dello Stato, i Presidi delle Facoltà mediche, Membri di Accademie di Medicina, i Presidenti di Società Mediche e di specialità, il Presidente dell'Associazione scientifica della Stampa Medica Italiana, per addivenire alla nomina del *Comitato Nazionale Italiano* dei Congressi Internazionali.

La riunione ha avuto luogo domenica 15 giugno nell'Ufficio del Rettorato della R. Università di Roma alle ore 10. 15. L'adunanza dopo ampia discussione ha proceduto alla nomina dei membri di detto *Comitato* (secondo le disposizioni dell'articolo 1 del regolamento generale dei Congressi internazionali di medicina); ed ha proceduto alla nomina del Rappresentante dell'Italia e del suo supplente in seno a detta Commissione (secondo le disposizioni dell'articolo 10 del predetto regolamento).

La nomina dei membri di detto *Comitato Nazionale* e quella del Rappresentante per l'Italia e del suo supplente in seno alla Commissione anzidetta è valida per lo spazio di 4 anni, dal 1913 al 1917.

Il Comitato Nazionale Italiano dei Congressi internazionali di medicina è riuscito così composto:

Comm. prof. Lutrario (Roma), tenente generale medico Ferrero di Cavallerleone, ten. generale medico Calcagno, prof. Guzzoni degli Ancarani (Siena), prof. G. Baccelli (Roma), prof. sen. Todaro (Roma), prof. Marchiafava (Roma), prof. A. Poggio (Bologna), prof. Ughetti (Catania), prof. Canalis (Genova), prof. sen. E. Maragliano (Genova), prof. Gabbi (Messina), prof. Cesari (Modena), prof. Galeotti (Napoli), prof. Maggiora (Padova), prof. Parlavecchio (Palermo), prof. Ferrari (Parma), prof. U. Mantegazza (Pavia), prof. Queirolo (Pisa), prof. Bosellini (Roma), prof. Lussana (Siena), prof. Pagliani (Torino), prof. Mangiagalli (Milano), prof. Ferrarini (Camerino), prof. Merletti (Ferrara), prof. U. Rossi (Perugia), prof. Brazzola (Bologna), prof. Chiarugi (Firenze), prof. Giuffrè (Palermo), prof. Tamburini (Roma), prof. Angelucci (Napoli), prof. Iemma (Napoli), prof. Mingazzini (Roma), prof. Massei (Napoli), prof. Pestalozza (Roma), prof. Vittorio Ascoli (Roma).

È stato nominato rappresentante per l'Italia in seno alla Commissione anzidetta il prof. G. Baccelli e a supplente del rappresentante per l'Italia il prof. Maragliano. È stato nominato segretario generale il prof. Luigi Carlo Massini (Genova), supplente il dott. Giovanni Ollino (Genova).

Congresso per l'igiene delle abitazioni.

Avrà luogo ad Anversa dal 30 agosto al 7 settembre prossimi. Per l'Italia fanno parte del Comitato organizzatore l'on. Bonomi ed i professori Rossi-Doria, Bordoni-Uffreduzzi e Sanarelli.

Congresso della Società italiana per il progresso delle scienze.

Il Congresso della Società italiana per il progresso delle scienze avrà luogo quest'anno a Siena dal 22 al 28 settembre. Sarà diviso in tre classi e quattordici sezioni.

Il IV Congresso dei direttori d'ospedali

si è adunato negli scorsi giorni a Bergamo. Ne daremo un resoconto redatto per noi dall'esimio prof. Mario Varanini, direttore degli ospedali riuniti di Bergamo.

La campagna antimalarica.

La Commissione di vigilanza sul servizio del chinino di Stato ha proposto al ministro delle finanze — ed il ministro ha approvato — le seguenti erogazioni sul fondo degli utili netti dell'Azienda:

L. 314,520 a favore di 582 comuni, 7 congregazioni di carità e 2 ospedali a titolo di sussidio per le spese sostenute nella lotta antimalarica del 1912; lire 400,000 a disposizione dei prefetti del Regno in forma di anticipo per la campagna antimalarica dell'anno in corso, nell'intesa che per gli anni venturi i sussidi in denaro per la lotta antimalarica nei comuni saranno così elargiti in anticipazione alle prefetture, sopprimendosi, naturalmente, la spesa fino ad ora sostenuta per rimborso posticipato ai singoli comuni; L. 168,000 a favore della Croce Rossa Italiana, pel servizio antimalarico in Sicilia e nelle Paludi Pontine; L. 300 a favore delle miniere di Montevecchio (Cagliari) a titolo di premio per l'attuazione di difese meccaniche contro la malaria.

Statistica della morbilità e mortalità delle classi lavoratrici.

L'Associazione nazionale dei medici condotti, per iniziativa del dott. A. Ranelletti, vice presidente generale delegato per la propaganda igienico-sociale, ha proposto alla Direzione Generale della Statistica e del Lavoro di compiere una statistica nazionale sulla morbilità e mortalità delle classi lavoratrici. Questa statistica, la prima del genere in Italia e all'estero, riuscirà della maggiore importanza scientifica e sociale, in quanto che oltre a fornire agli studiosi interessante materiale per ricerche scientifiche e sociali inerenti alle malattie e all'igiene del lavoro, offrirà al legislatore gli elementi necessari per affrettare anche da noi la legislazione igienica del lavoro e le leggi sulle Assicurazioni obbligatorie contro le malattie, l'invalidità, la vecchiaia.

L'Ufficio del lavoro, accogliendo col maggior favore la proposta, ha deciso, anche col pieno consenso e col concorso della Direzione generale della Sanità, di imprendere tale statistica col 1° luglio. A tale scopo in questi giorni verranno diramate apposite schede a tutti i medici condotti soci della Associazione Nazionale, i quali le riempiranno con i dati riguardanti le malattie di durata superiore ai 3 giorni per tutti i lavoratori soggetti alle loro cure. Le stesse schede verranno spedite pure a tutti gli Istituti ospitalieri e di clinica per quanto concerne gli operai in essi ricoverati. La Direzione generale dell'Amministrazione civile del Ministero dell'Interno farà speciali raccomandazioni per il compimento della statistica negli ospedali. Si sono iniziate le pratiche per includere in tale statistica anche i ferrovieri, mediante il concorso della Direzione generale del servizio sanitario delle Ferrovie di Stato.

Per l'assicurazione contro le malattie.

Il 9 scorso in un'aula della R. Università di Roma, promossa dal prof. Devoto e dal dottor Sforza, ebbe luogo un'adunanza per gettare le basi di una grande associazione nazionale allo scopo di diffondere il principio dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, come è in vigore in Germania, in Austria, in Inghilterra e in altre nazioni estere.

All'adunanza presero parte l'on. Ferrero di Cambiano, il presidente della Cassa di previdenza, il prof. Gualdi presidente della Federazione del personale di vigilanza sanitaria, il prof. Devoto direttore della clinica di malattie del lavoro a Milano, il prof. Ballori, assessore di igiene al comune di Roma, il prof. Tamburini, presidente dell'Alleanza antitubercolare di Roma, il prof. Guzzoni degli Ancarani, presidente della Federazione degli Ordini dei medici, il dott. Brunelli, presidente dell'Associazione dei medici condotti, il dott. Nicola Sforza, gli onorevoli Pieraccini e Cabrini e il sig. Gialdono, rappresentante la Federazione del libro.

Dopo lunga ed animata discussione si deliberò di incaricare un Comitato composto degli onorevoli Ferrero presidente, Cabrini vice-presidente, dott. Sforza segretario, e di tutti gli altri membri effettivi, per concretare i mezzi più pratici per raggiungere lo scopo di propaganda per l'assicurazione contro le malattie, la invalidità e la vecchiaia.

Le assicurazioni sociali in Germania.

Da una statistica dell' « Ufficio Imperiale di Assicurazioni » risulta che alla fine del 1911 sopra 65.4 milioni di abitanti ne erano assicurati 14.3 per malattie, 24.6 per infortuni e 15.9 per invalidità; che fino alla stessa epoca erano stati pagati circa 5 miliardi di marchi dalle Casse per malati, oltre 2 miliardi dalle Società professionali e 2 miliardi e un quarto dell'assicurazione degl'invalidi per indennizzi. Complessivamente 106 milioni d'assicurati e i loro parenti, avevano percepito 9.2 miliardi di marchi. La spesa quotidiana per le tre assicurazioni supera i 2 milioni di marchi.

Il nuovo ordinamento dell'assicurazione governativa farà aumentare ancora e considerevolmente il numero degli assicurati e introdurrà l'assicurazione a favore dei superstiti, specialmente nel campo delle assicurazioni per malattie.

I tentativi di abusare dell'assicurazione con finzioni ed esagerazioni non sono da considerare come pericolosi per l'avvenire dall'Assicurazione sociale, poichè viene esercitato un controllo rigoroso, sussidiato da visite mediche fiscali.

All'assicurazione sociale vengono attribuiti in massima parte il miglioramento economico della classe operaia e lo slancio poderoso dell'industria in Germania.

Conseguenze indirette dell'assicurazione sono la costruzione di case operaie (362 milioni di marchi erano stati prestati fino a tutto il 1911), di sanatori e di ospedali in gran numero, l'adozione di misure igieniche per la tutela della salute collettiva, ecc.

Propaganda igienica.

Il Ministero dell'Interno, Direzione generale della Sanità pubblica, ha diramato ai signori Prefetti del Regno una circolare in cui segnala l'iniziativa dell'A. N. M. C. a favore della propaganda igienica, e nei limiti della loro competenza li sollecita a voler dare ad essa e far dare dalle autorità dipendenti l'ausilio « meritato dalla piena armonia con le leggi vigenti, nella quale i soci della associazione nazionale dei medici condotti si adoperino per attuarla ». La circolare insiste sovratutto sull'utilità della propaganda igienica nelle scuole.

Apprendiamo da « La Propaganda Igienica Popolare », che si pubblica a Taranto a cura della Istituzione « Giuseppe Visconti di Modrone », come la sezione di Taranto di questa benemerita ed attiva Istituzione continui a svolgere il suo programma di conferenze d'igiene e coltura popolare. Il dott. Colucci ha tenuto varie ascoltate ed applaudite conferenze in centri agricoli; e una bella conferenza sull'alcoolismo è stata detta dal prof. A. Jurbaro nella sede della scuola dei pescatori di Taranto.

La « Commissione provinciale udinese contro l'a - coolismo » nell'attuale anno scolastico ha voluto esperire un programma di « educazione antialcoolica » nelle tre scuole normali esistenti nella provincia — ed appoggiò tale insegnamento sulla volonterosità di tre professori delle scuole medie, con risultati lusinghieri, per quanto detti corsi abbiano dovuto contenersi entro i modesti limiti di poche lezioni.

Nella sede della Federazione delle Associazioni scientifiche e tecniche di Milano il prof. Giuseppe Antonini, direttore del manicomio provinciale di Mombello, ha tenuto una pubblica conferenza su « la evoluzione della tecnica e della organizzazione manicomiale ».

Il dott. Girolamo Selmo ha tenuto le seguenti quattro conferenze: a Vicenza, alle lavoratrici dell'ago sul tema: Salute e bellezza; a Barbarano, scuola libera popolare sul tema: Aria e luce; a Vicenza, scuola popolare, cattolica sul tema: Digestione (Alimenti); a Cavazzole, sul tema: Aria e luce.

Il dott. Guido Nerli, medico condotto di Gallo, tenne nel vicino comune di Malalbergo una conferenza con proiezioni sul tema: « Due parole sulla struttura e sulla funzione del corpo umano », promossa dal Circolo democratico Enrico Panzacchi.

A S. Martino Pensilis (Campobasso) il dottor Sassi ha inaugurato l'ambulatorio antimalarico con una conferenza sul terribile flagello della malaria innanzi a numerosissimo pubblico.

A Lucino il dott. Luigi Sozzi ha istituito una Biblioteca popolare, inaugurata con grande concorso d'intervenuti plaudenti all'iniziativa ed agli oratori, che l'hanno illustrata.

La pellagra nella provincia romana.

Sotto la presidenza del senatore Cencelli si è riunita, or è qualche tempo, in seduta straordinaria la Commissione pellagrologica provinciale.

Il prof. Alessandrini comunicò le ricerche compiute col prof. Scala, già esposte in questo periodico.

La Commissione ha deliberato di sperimentare in qualcuno dei maggiori centri pellagrogeni della provincia di Roma la cura e la profilassi suggerite da Alessandrini e Scala.

L'Ospizio marino genovese.

L'on. comm. Luigi Merello, uno di quei liguri che temprano nel lavoro la nobiltà del loro animo. aperto sempre alle opere di bene, ha voluto disporre che d'ora innanzi anche Genova abbia nella Riviera il suo Ospizio Marino, destinato ad accogliere e a rinvigorire per le battaglie della vita i figli del suo popolo.

L'Ospizio dovrà avere per ora cento posti e rispondere a tutto quanto vi è di più moderno e confortevole nei più recenti Istituti di questo genere, sorti in Italia ed all'estero.

A tradurre in atto la sua idea, l'on. Merello ha incaricato di redigere il progetto l'Associazione Genovese contro la tubercolosi che alla protezione dell'infanzia ha già mostrato, con la istituzione dei suoi Asili di campagna e con le Scuole all'aperto, di saper dare opera efficace.

A beneficio dei bambini malarici.

Con una recente circolare indirizzata ai Prefetti del Regno, il Ministro dell'Interno esorta i Comuni a prendere in considerazione e ad aiutare l'opera benefica della « Associazione per i bimbi malarici ». La benemerita Associazione ha istituito da due anni un Sanatorio a Rocca di Papa, che ha dato meravigliosi risultati, ed ora si propone di estendere l'opera propria anche nelle « zone malariche », fondandovi degli « ospedali scuola ». Il principio che informa l'opera dell'Associazione, è di suscitare l'interesse di tutto il Paese per le misere popolazioni dell'agro e delle paludi romane, poichè si tratta di un problema di carattere nazionale.

Per l'ospedale di Vigone.

Al Regio Ospedale di Vigone il suo presidente, cav. Giacinto Balbis, in vista delle ristrettezze finanziarie dell'Istituto e dei bisogni urgenti, ha regalato, con una spesa complessiva di circa 12,000 lire, l'impianto completo di acqua calda e fredda, una camera da bagno, una camera di tre letti per pensionanti ed una camera di operazioni moderna.

Per l'ospedale italiano di Londra.

Il 30 giugno venne dato alla « Queen Hall » di Londra un concerto a favore dell'ospedale e di altre istituzioni italiane.

Tutti i biglietti furono esauriti e l'introito superò le 25 000 lire it.

Erano presenti l'ambasciatore d'Italia marchese Imperiali coll'ambasciatrice ed un pubblico sceltissimo.

Il tenore Caruso, Scotti, Sammarco e tutti gli altri artisti che gentilmente prestarono la loro opera furono applauditissimi.

La Croce Rossa serba.

La Croce Rossa serba ha domandato aiuto alla sede centrale della Croce Rossa a Ginevra. Varii medici stranieri si sono dichiarati pronti a

prestare volontariamente servizio. Cinque medici della Croce Rossa germanica si sono presentati a Belgrado.

Il ministro serbo della guerra invita i volontari infermieri e infermiere a mettersi a disposizione della Croce Rossa.

Gli ospedali per i feriti, già chiusi, furono nuovamente riaperti.

Per il premio Riberi.

La Commissione nominata dall'Accademia di medicina di Torino perchè giudicasse sulla legalità dell'assegnazione dell'XI premio Riberi al prof. L. Pagliani non potè costituirsi perchè gli eletti — presidente dell'Accademia delle scienze, presidente del Consiglio dell'Ordine degli avvocati e presidente della Corte di cassazione di Torino — declinarono l'incarico.

In queste condizioni un gruppo di soci ha diretto al ministro della P. I. formale domanda onde ottenere un'inchiesta sui procedimenti seguiti per l'assegnazione del premio.

Il « Grido del Popolo » afferma che il prof. Pagliani si è deciso a far citare il Consiglio dell'Accademia di medicina per il pagamento delle 20 mila lire del premio. Il giornale aggiunge che egli non ha dato le dimissioni dal Consiglio, da lui citato e di cui è membro.

Festeggiamenti e onoranze.

A Torino, presente il duca di Genova, ha avuto luogo la consegna dei premi Servais per atti di valore compiuti nella provincia. Fra i premiati era il dott. Bruschetti, cui furono conferite lire 1000 perchè egli si era sottoposto all'asportazione di parecchi lembi di cute da innestare ad un malato il quale da lungo tempo era affetto da una vasta piaga.

A Gorgonzola (Milano), in occasione del 5° anniversario della morte, venne inaugurata una lapide al dott. Vincenzo Pessina, che per 43 anni vi fu medico condotto amato e stimato.

Una cinquantina di medici dei circondari di Como e di Lecco si sono adunati a Menaggio per festeggiare con un banchetto due benemeriti e venerandi decani della professione, i dottori Ercole Bonfanti di Robbiate e Augusto Cariboni di Plesio, entrambi ottuagenari e ancora in servizio. Ai due festeggiati venne consegnata un'artistica pergamena.

Il giochetto di due deputati intorno al lavoro notturno dei panattieri.

È già la seconda o terza volta che i deputati Chimienti e Cabrini interrogano il Ministro di agricoltura, ind. e comm. a proposito del lavoro notturno dei panattieri. Essi adoperano pressochè le medesime parole, ma arrivano alla conclusione opposta: l'on. Chimienti afferma che dato l'infelice risultato dell'esperimento di panificazione mattutina e diurna, si torni a lasciar fabbricare il pane di notte; l'on. Cabrini afferma che dato l'infelice risultato di cui sopra si diminuiscano ancora le ore della notte in cui si fabbrica il pane e si venga francamente alla panificazione pressochè totalmente diurna. (Dall'« Avv. San. »).

Esercizio illegale della medicina.

Si è svolto innanzi al Tribunale di Oneglia un processo contro il signor Alberto Martini di Rovigo, imputato di contravvenzione all'articolo 55 del testo unico della legge sanitaria « per avere abitualmente, nel 1912, esercitata la professione di medico col mezzo dell'ipnotismo e del magnetismo senza essere munito del diploma di laurea conseguito in una delle città del Regno ».

Già precedentemente il Martini era stato denunziato per rispondere di fatti consimili; ma allora venne assolto in istruttoria con ordinanza emessa dalla Camera di consiglio presso il Tribunale di San Remo.

Le pratiche del Martini non avevano fine di lucro. Egli è stato condannato a 83 lire di multa col benefizio della condanna condizionale e della non iscrizione nel casellario. Il condannato ha interposto appello.

Gli antivivisezionisti.

La Società antivivisezionista di Roma ha offerto un'artistica pergamena all'on. Luigi Luzzati, quale iniziatore della legge per la protezione degli animali, testè approvata.

Interdizione di una cura antitubercolare in America.

Il dipartimento sanitario della città di New York ha vietato l'uso nell'uomo di vaccini batterici viventi. Questa misura colpisce la cura di Friedmann, della quale avemmo già ad occuparci.

Alla Facoltà medica di Lione.

Nel grande anfiteatro della Facoltà sono stati inaugurati i busti dei proff. Fochier, Boudet, Lortet e Arloing. Il rettore dell'Università, Joubin, e il prof. Hugounencq, decano della Facoltà, hanno tracciato la carriera scientifica dei quattro professori defunti. Il prof. Ad. Chaveau ha evocato i suoi ricordi personali ed ha fatto la storia della Facoltà Lionese.

Il metro campione del radio.

Le misurazioni di attività per il radio presentano delle difficoltà pratiche dipendenti specialmente dal fatto che non in tutti i paesi si seguono per le misurazioni gli stessi principii. Allo scopo di definire la questione del metodo di valutazione, si era nel 1911 radunata a Parigi una Commissione internazionale la quale terminò nell'aprile 1912 i lavori e ha presentato ora le sue conclusioni. La Commissione ha unanimemente adottato il metro proposto dalla signora Curie, che consiste in un tubo di vetro contenente 22 milligrammi di cloruro di radio puro, ed è stato controllato con due metodi diversi, utilizzando i raggi con 10, 31, 40 milligrammi di cloruro di radio puro proveniente dall'Accademia delle scienze austriaca. Nello stesso tempo, su identici principii, veniva presentato un altro metro da Hoenigschmidt di Vienna. I due metri presentati concordano mirabilmente tra di loro.

Il metro Curie sarà depositato all'Ufficio metrico internazionale a Sèvres ove sarà conservato seguendo le speciali istruzioni che la Commissione ha dato, ed ai vari Stati partecipanti alla riunione saranno consegnati modelli di minor valore misurati sul campione. (« *L'Idrologia* », ecc.).

Rassegna della stampa medica.

Bull. de l'Ac. de Méd., 6 apr. MARINESCO, MINEA. « Il *treponema pallidum* in un caso di meningite sifilitica associata a paralisi generale e nella paralisi generale ». — DELORME. « Gl'insegnamenti della guerra dei Balcani ».

Ann. di Ost. e Ginec., III. BALLERINI. « Morbo di Quincke e gravidanza ». — DECIO. « Sul contenuto in grasso e colesterina del sangue, ecc. ».

Münch. Med. Woch., 8 apr. NOGUCHI. « La spirochete pallida nel sistema nervoso centrale di paralitici e diabetici ». — GROEDEL. « Roentgenologia dell'appendice vermiforme ». — MEHLER, ASCHER. « Sulla chemoterapia della tubercolosi ».

Gaz. d. Hôp., 8 apr. CESTAN, PUJOL. « Chiluria nostras clinostatica ».

La Sem. Méd., 9 apr. DE BOVIS. « La dilatazione acuta dello stomaco nelle partorienti e nelle puerperie ».

Gazz. d. Osp., 10 apr. CINAGLIA. « Elmintiasi da ascaridi causa di affezioni chirurgiche ».

Deut. Med. Woch., 10 apr. GROBER. « Cura generale delle malattie infettive ». — HEUBNER. « Chemoterapia della tubercolosi con oro ». — MERREM. « Appendicite e paratifo B. ». — HEINLEIN. « Etiologia e terapia del *genu valgum* ». — VULPIUS. « Cura della scoliosi secondo Abbott ».

Wien. Klin. Woch, 10 apr. WICZKOWSKI. « Sulla dottrina della leucemia ». — DEUTSCH, HOFFMANN. « Comportamento del sistema nervoso vegetativo nella tubercolosi polmonare ». — SKUDRO. « Influenza dei preparati di mercurio sui carcinomi dei ratti ».

Zbl. f. inn. Med., 12 apr. LIPPMANN, HUFSCHMIDT. « Le inclusioni leucocitarie di Doehle nella scarlattina ».

Zbl. f. Chir., 12 apr. FINK. « Sostituzione plastica dei dotti salivari ». — PERTHES. « Osteotomia modellante nel piede piatto con grave deformità delle ossa ».

Derm. Woch., 12 apr. Mc DONAGH. « Il ciclo vitale del microrganismo della sifilide (*democytozoon syphilidis*) ».

La Cronica Méd., 10 apr. PESET. « La medicina molecolare ».

L'Encéphale, 10 apr. AYALA. « Il trofoedema cronico e il sistema endocrino simpatico ». — RÉGIS, HESNARD. « La dottrina e la scuola di Freud ».

The Lancet, 12 apr. LINDSAY. « La professione medica e il pubblico ».

Brit. Med. Journal, 12 apr. BARR. « Sull'artrite reumatoide ». — LUFF. « Sulla fibrosite ».

Le Progrès Méd., 12 apr. LEDOUX, TISSERAND. « Il basedowismo iodico ».

La Ref. Med., 12 apr. ZUCCÒLA. « Il dosaggio dei fermenti pancreatici nelle feci per la diagnosi di lesione del pancreas ». — MAZZOLANI. « Affezioni cutanee in Tripolitania ».

Le Scalpel, 13 apr. FRAIPONT. « La corea in gravidanza ».

Gazz. d. Osp., 13 apr. VALERI, CALDESI. « Occlusione intestinale da megacolon con *situs inversus* ».

Mediz. Klinik, 13 apr. SCHMIDT. « Lo strapazzo ». — GERHARTZ. « Sulla terapia della tubercolosi polmonare ».

Berl. Klin. Woch., 14 apr. WESTPHAL. « La cura della paralisi progressiva ». — JOACHIMSTHAL. « Il metodo Abbott per la cura delle deviazioni laterali della spina dorsale ». — GESSNER. « Il fosforo nella cura del rachitismo ». — ARNOLD. « Il cloro del sangue »

Rev. de Méd., 10 apr. FROMENT, MONOD. « La prova di Proust ». — LICHTHEIM, DÉJERINE, LAFFORGUE. « Paludismo e pneumococcia associati ».

Rev. de Chir., 10 apr. SOUBEYRAN, RIVES. « Fratture recenti del calcagno ». — MOCQUIT. « Le emorragie da polipi del retto ». — SOLIERI. « Il dolore epigastrico nell'appendicite ».

Annals of Surgery, apr. MAYO C. H. « Chirurgia del rene unico e del rene a ferro di cavallo ». — ALEXANDER. « Terapia della contrattura di Volkmann ». — HOON, ROSS. « Le infezioni della mano ».

La Presse Méd., 12 apr. LEBON, AUBOURG. « Esame radiologico del cuore ». — LENORMANT. « La chirurgia dell'ipofisi ».

Klin. ther. Woch., 14 apr. TRILLMICH. « Le deformità da rachitismo degli arti inferiori ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 13 luglio 1913* Fasc. 28

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La cutireazione nella diagnosi della sifilide.

(A. G. RYTINA. *Medical Record*, 1913).

Dopo la scoperta della *Spirocheta pallida*, molti osservatori sono riusciti ad ottenere una reazione cutanea per la sifilide mediante l'applicazione di estratti speciali di tessuti sifilitici.

Tedeschi ha adoperato un estratto acquoso di ulcera specifica; Nobl un estratto acquoso ed alcoolico di lesioni primarie ricche di spirochete; Ciuffo ha usato un estratto glicerinico di tessuti eredo-luetici, ottenendo, al contrario di Nobl, reazione più spiccata negli individui sani anzichè nei sifilitici. Nicholas, Favre e Gauthier, mediante iniezioni intradermiche di un estratto glicerico di fegato ricco di spirochete, son riusciti ad avere reazioni cutanee sotto forma di infiltrazioni nodulari; Bruck, Bertin e Bruyant hanno avuto invece risultati contrari. Neisser e Bruck hanno ottenuto reazioni identiche con estratto di fegato sifilitico e di fegato normale. Più recentemente Fontana, mediante iniezioni di *sifilina*, ha avuto il 53 % di reazioni positive nei sifilitici; su 16 casi di non sifilitici ebbe soltanto due volte reazione positiva; in 40 casi esaminò contemporaneamente la reazione di Wassermann, la quale 34 volte fu positiva, mentre la sifilina diede reazione positiva solo 19 volte.

La profonda discordanza di questi risultati non meraviglierà, se si pensi che gli estratti usati di tessuti sifilitici contenevano, insieme con un certo numero di spirochete, una gran quantità di altri microrganismi e di succhi cellulari che diluiscono la concentrazione degli estratti e ne modificano sostanzialmente le attività. Von Pirquet aveva predetto che la diagnosi della sifilide per mezzo della cutireazione sarebbe stata possibile soltanto quando si fosse riusciti ad ottenere il *virus* sifilitico in cultura pura; la scoperta di Noguchi lo ha dimostrato.

Molti studiosi han preteso di avere ottenuto la cultura della Spirocheta pallida. Nel 1907 Levaditi ed altri hanno osservato che la S. pallida conserva la sua mobilità per settimane intere, se viene introdotta nella cavità peritoneale della scimmia contenuta in un sacco di collodion con siero dello stesso animale.

Schereschewski nel 1909 ha creduto d'ottenere la cultura di S. pallida nel siero di cavallo gelatinizzato. Bruckner e Galesco nel 1910, Sowade nel 1911 avrebbero avuto risultati positivi nei conigli, iniettando culture impure di S. pallida da loro ottenute.

Mühlens è riuscito ad isolare la spirocheta in cultura pura e rigogliosa per una sola generazione.

Tutti questi osservatori fondano soltanto sui caratteri morfologici delle culture i risultati positivi ottenuti. Noguchi ha dimostrato che spesso è impossibile differenziare la *S. pallida* dalla *S. dentium*, se non ci si vale di speciali proprietà delle culture. Noguchi ha stabilito i seguenti caratteri per la identificazione della cultura della S. pallida: la spirocheta deve essere morfologicamente ben distinta; la cultura non deve produrre odore di putrefazione; ha bisogno dell'aggiunta di tessuti freschi per potere svilupparsi; la sua emulsione deve fissare il complemento col siero immunizzato del coniglio; il suo estratto deve dare fenomeni reattivi allergici in casi di sifilide; esso deve essere patogeno.

Noguchi è riuscito a coltivare sei stipiti differenti di S. pallida dal materiale di orchite del coniglio, e sette stipiti direttamente da sifilomi iniziali, condilomi e papule dell'uomo.

Ottenuta la cultura pura della S. pallida, Noguchi ha praticato per parecchi mesi nel coniglio iniezioni intravenose di antigene sifilitico, e dopo un mese di riposo, ha iniettato ad essi un estratto speciale detto *luetina*, ed ha osservato una reazione cutanea con fenomeni di pustulazione.

La luetina è un'emulsione di *S. pallida* morta; per avere un antigene polivalente si adoprano sei differenti stipiti di spirochete. Il materiale di controllo è preparato con gli stessi costituenti della luetina, eccetto le spirochete.

Noguchi prepara la luetina nel modo seguente: le culture son tenute a 37° centigradi in condizioni di anaerobiosi per periodi vari di 6, 12, 24, 50 giorni; alcune si sviluppano in liquido ascitico con l'aggiunta di un pezzo di placenta sterile, altre in liquido ascitico ed agar con la stessa aggiunta di placenta. Si rompe la parte inferiore della cultura solida, si toglie il tessuto, e la colonna di agar ricchissima di spirochete si impasta in mortaio sterile diluendola gradatamente col liquido di cultura, anch'esso ricco di spirochete. La diluizione si protrae fino a rendere perfettamente liquida l'emulsione. Si riscalda dopo a 60° per 60 minuti a bagnomaria, e si aggiunge poi 0.5 di tricresolo. Questi preparati sono perfettamente sterili e si presentano ricchi di spirochete morte. Si conservano in ghiacciaia. Quando si debbano adoperare, si allungano a parti eguali con soluzione cloruro-sodica normale, e se ne inietta intradermicamente in un braccio, da 0.5 a 0.7 cmc. a seconda dell'età. Si ha subito una piccola papula biancastra, che si appiana dopo 10 minuti circa. Nell'altro braccio si inietta il controllo.

L'A. ha eseguito da 150 a 200 iniezioni di luetina; riferisce soltanto per quelle che hanno dato risultato positivo o che egli ha potuto tenere in osservazione almeno per un periodo di 36 giorni (117 casi).

Noguchi ha classificato nel seguente modo le reazioni cutanee avute con la luetina:

a) *reazioni normali o negative.* — In circa la metà dei casi a reazione negativa l'A. ha osservato nelle prime 24 ore la comparsa di un lieve eritema, che è sempre scomparso dentro 48 ore. Nell'altra metà dei casi ha osservato un'infiltrazione papulosa circondata da una zona eritematosa più o meno marcata; al 5° giorno, questa reazione è completamente scomparsa, residuando soltanto una lieve pigmentazione. Queste reazioni precoci non hanno nessun valore diagnostico: esse son dovute alla azione irritante del materiale estraneo iniettato. In alcuni casi, dentro le 48 ore scompare l'alone eritematoso, e la papula persiste circa due settimane o più, cambiando di colore dal rosso al rosso scuro o purpureo: l'A. classifica questi casi rari fra quelli a reazione dubbia, o fra quelli a reazione torpida.

b) *reazione positiva.* — *Forma papulosa*: da 24 a 48 ore dopo l'iniezione, appare una papula larga da 5 a 10 mm., rilevata, dura, circondata da un alone eritematoso che può essere anche edematoso: persiste 2 o 3 settimane e poi lentamente scompare: l'A. ha osservato questa forma di reazione tre volte nella lue secondaria, sei nella terziaria, una volta nella parasifilide: in tutto 10 volte.

Forma pustolosa: dopo 4 o 5 giorni la papula si presenta sormontata da una piccola vescicola, piena di materiale sieroso opaco, che in breve tempo può diventare nettamente purulento: dolore e prurito possono accompagnare questa manifestazione: la pustula si rompe, si vuota, si copre di una crosticina circondata da un margine duro che si attenua e scompare molto lentamente, lasciando per più mesi una pigmentazione della cute. L'A. ha osservato l'eruzione pustulosa in 15 casi: una volta nello stadio primario della sifilide, due nel secondario, nove nel terziario, tre nella parasifilide.

Forma torpida: soltanto dopo tre o quattro giorni si manifesta la reazione a caratteri di papula o di pustula. Noguchi dice che questa reazione si verifica molto di rado; l'ha osservata 4 volte nella lue secondaria, 5 nella terziaria, una nella eredolues, una nella sifilide latente. In un caso la reazione si ebbe soltanto al 36° giorno. Secondo l'A. la causa di questo ritardo è dovuta alle iniezioni di neosalvarsan praticate.

L'A. non ha osservato nessuna reazione generale, eccettuate lievi elevazioni della temperatura e leggera cefalea.

È interessante seguire parallelamente le alterazioni manifestatesi nella sede della iniezione di controllo. In 14 casi si sono avute manifestazioni analoghe papulose e pustulose; in 5 casi anzi queste furono più accentuate di quelle dell'altro lato. In un caso di sifilide terziaria si ebbe una formazione pustulosa emorragica, che si ripetette pochi giorni dopo anche nel lato dove era stata fatta l'iniezione di luetina. Questi fenomeni sono stati variamente interpretati: son dovuti a speciali condizioni della pelle del sifilitico, per cui questa reagisce in maniera particolare di fronte alle infezioni e alle irritazioni traumatiche.

La reazione alla luetina è dovuta a quello stato speciale dell'organismo conosciuto sotto il nome di anafilassi o fenomeno di Smith, cioè ad uno speciale stato di reattività dell'organismo, caratterizzato da ipersensibilità specifica per le proteine di certi germi patogeni, sieri, cibi, ecc.

Alcuni di questi fenomeni allergici sono fenomeni di intossicazione che si verificano per es. dopo la seconda iniezione di antitossina difterica, di tubercolina di Koch, ecc.

Che la reazione alla luetina costituisca un vero acquisto nella diagnosi della sifilide è indubbio. È vero che nel periodo primario si dimostra facilmente la S. pallida, e che nel periodo secondario si hanno evidenti lesioni specifiche e la reazione di Wassermann è positiva: tutto ciò rende superflua la cutireazione. Però nei casi di sifilide tardiva e specialmente di sifilide degli organi profondi, può aversi, sopra tutto dopo un trattamento specifico, che la reazione di Wassermann sia negativa: in questi casi la reazione alla luetina è positiva nel 100 %. La cura mercuriale non la inibisce, come inibisce temporaneamente la R. W.

Secondo Noguchi questo stato speciale di anafilassi persiste finchè l'agente infettivo sopravvive in qualche regione del corpo, e dimostra la necessità di cure ulteriori.

L'A. dà cifre comparative fra i risultati della reazione di Wassermann e quelli della reazione alla luetina nei casi da lui osservati. In conclusione, la reazione alla luetina è meno costante della R. W. nella sifilide primaria e secondaria; ma è più costante nei casi di sifilide terziaria, latente, congenita e nella parasifilide, e perciò in questi casi ha maggiore valore diagnostico.

Inoltre essa ha maggior valore diagnostico della R. W. nella determinazione se la sifilide sia stata o no curata.

La luetina è assolutamente innocua; ha un'azione specifica; ha bisogno di una tecnica semplice ed è di facile interpretazione nei suoi effetti; d'ordinario è negativa nei casi non trattati di sifilide primaria e secondaria, ma è positiva in una forte percentuale di questi casi che siano stati preventivamente trattati; è positiva nel 100 % dei casi di sifilide congenita, latente e terziaria; nella parasifilide è positiva in una forte percentuale.

Per controllo, la reazione alla luetina è stata sperimentata in 28 individui non sifilitici, e sempre con risultato negativo. P. SABELLA.

RIVISTE SINTETICHE.

Appunti sulla sifilide e la terapia antisifilitica.

(*Mediz. Klinik*, n. 23, 1913).

Nel dicembre 1903 Metschnikoff e Roux pubblicavano sugli « Ann. de l'Institut Pasteur » di essere riusciti a trasmettere la sifilide agli scimpanzè. Fu una pietra miliare nella storia della sifilide, la quale nel decennio da allora trascorso ha fatto maggiori progressi e provocato maggiori rivoluzioni che nei quattro secoli dalla prima comparsa e conoscenza della malattia in Europa.

Anche Metschnikoff e Roux avevano dei precursori, come Klebs e Martineau, i quali già nel 1878 e 1882 avevano prodotto la sifilide sperimentale nella scimmia. Ma quei loro reperti non furono confermati, ed inoltre era loro impossibile in quell'epoca di dimostrare che i prodotti dell'inoculazione erano veramente di natura luetica e non dipendenti da altre affezioni cutanee, frequenti nelle scimmie (come p. e. la tubercolosi).

Questa dimostrazione riuscì soltanto a Metschnikoff e Roux.

Essi ebbero la fortuna di scegliere fin da principio per l'inoculazione accanto alle parti genitali anche quel punto, che è l'unico, in cui il virus attecchisce con regolarità quasi costante, cioè la cute delle sopraciglia.

Ivi gli autori produssero una lesione simile al sifiloma umano, cui seguirono nell'ulteriore decorso sintomi secondari in forma di un sifiloderma crostoso.

Particolarmente dimostrativo fu anche il fatto, che questi autori poterono trasmettere la malattia da una scimmia all'altra. Gli effetti dell'inoculazione di materiale sifilitico umano nelle scimmie inferiori furono meno caratteristici e mai seguiti da manifestazioni secondarie, ma poterono essere dimostrati come prodotti sifilitici mediante ulteriore inoculazione sul scimpanzè.

Queste ricerche furono controllate ed estese da numerosi autori. Neisser ed alcuni suoi allievi hanno studiato la sifilide sperimentale per due anni nell'isola di Giava, dove avevano a disposizione una grande quantità di scimmie superiori ed inferiori. In Austria hanno compiuto e promosso questi studi in prima linea Finger e Landsteiner.

Neisser potè dimostrare, che anche nelle scimmie inferiori ha luogo una generalizzazione del virus, poichè coll'inoculazione di midollo osseo, milza, testicoli, glandole linfatiche, fegato, ovaie e sangue di tali animali poteva produrre nel scimpanzè tipici sifilomi iniziali. Il termine più breve in cui si poteva dimostrare in questo modo l'infezione di organi interni, fu l'undicesimo giorno dopo l'inoculazione cutanea, un'epoca quindi in cui il sifiloma non era ancora formato. Colla dimostrazione della generalizzazione del virus anche alle scimmie inferiori l'indagine sperimentale della sifilide fu resa più accessibile e divenne più facile ancora dopo che Bertarelli (1906) riuscì a provare che anche il coniglio è suscettibile alla sifilide. Egli potè produrre coll'inoculazione di materiale sifilitico nella camera anteriore del coniglio dopo incubazione di 5 a 8 settimane una cheratite parenchimatosa, alcune volte anche irite le quali si potevano trasmettere da un coniglio all'altro. Grouven potè dimostrare anche in seguito a questo modo di inoculazione la generalizzazione del virus in forma di esantemi papulo-pustulosi, orchite, ecc. In tutte le manifestazioni il reperto della spirocheta pallida era positivo.

L'inoculazione però nell'occhio del coniglio non dava risultati così costanti come nella scimmia, e fu compiuto un grande progresso quando Parodi potè dimostrare, nel 1907, che il testicolo del coniglio è il terreno più adattato per l'attecchimento del virus luetico. Introducendo poltiglia di tessuto sifilitico nella sostanza del testicolo o dentro lo scroto si produce, dopo una incubazione di due a tre mesi, una lesione primaria in forma di una orchite o periorchite circoscritta o diffusa o in forma di un'ulcera sulla pelle dello scroto, in cui si trovano spirochete p. in grande quantità. L'intensità dell'affezione aumenta con ulteriori passaggi e l'incubazione scende fino a tre settimane.

Quanto ai risultati della indagine sperimentale Metschnikoff e Roux hanno tentato di evitare la formazione del sifiloma spalmando il punto di inoculazione con una pomata di calomelano al 33 per cento e nella scimmia sono riusciti nell'intento con una certa regolarità; ma secondo le esperienze della pratica non possiamo considerare l'applicazione di questa pomata — che è stata anche modificata da altri autori — come un mezzo profilattico di assoluta sicurezza; la probabilità dell'infezione però viene assai diminuita.

Fra i tentativi di Neisser per prevenire nelle scimmie l'insorgere della sifilide mediante escissione dell'innesto troviamo risultati negativi già coll'escissione eseguita 8, 14 o 24 ore dopo l'inoculazione. Questo concorda con le osservazioni di Levaditi e Manouélian, i quali avendo escisso dei sifilomi il terzo o quinto giorno trovarono 22 giorni dopo l'operazione nella cicatrice e nei dintorni abbondanti spirochete p.

Di fronte a questi risultati negativi ne stanno però anche parecchi positivi; in alcuni casi Neisser è riuscito a prevenire l'insorgere della sifilide escidendo la sclerosi persino il 12° e 16° giorno, di modo che una ulteriore inoculazione si dimostrava positiva. Questi risultati oscillanti non possono destare soverchie speranze riguardo l'escissione del sifiloma (o la distruzione di esso mediante l'aria calda, termocauterio) nell'uomo, ma d'altra parte dimostrano almeno possibile in questa maniera, l'estinzione della sifilide sin dal principio.

In prima linea fu naturalmente tentato, coll'esperimento negli animali, di procurarsi chiari concetti sull'infettività dei vari prodotti luetici.

L'infettività della gomma fu dimostrata prima da Finger e Landsteiner; quella del sangue, la

quale sembra esistere soltanto periodicamente e per breve tempo, da Neisser, Hoffmann, Mulzer e quella dello sperma da Finger e Mulzer. La saliva di individui con sifilide secondaria senza manifestazioni alla mucosa non fu trovata infettiva; infettiva però si mostrò la secrezione da coriza di bambini con sifilide congenita.

Tentativi di produrre la immunità o di ottenere un virus attenuato sono rimasti infruttuosi.

Il capitolo della sifilide sperimentale non si può chiudere senza far cenno delle ricerche chimico-terapeutiche di Ehrlich, che non sarebbero state immaginabili senza la possibilità di trasmissione della sifilide agli animali.

Alla scoperta della trasmissibilità della sifilide agli animali seguirono quella della spirochaete pallida fatta da Schaudinn e Hoffmann nel marzo 1905 è quella di una reazione di fissazione del complemento nel siero e nel liquido cefalo-rachidiano dei sifilitici, tabetici e paralitici (Wassermann, Neisser e Bruck 1906).

L'importanza eziologica della spirochaete p. è indubbia; essa si trova esclusivamente nei prodotti sifilitici e permette la diagnosi con certezza assoluta. Soltanto di fronte all'agente patogeno della framboesia (*Spirochaeta pallidula Castellani*) esistono difficoltà riguardo la diagnosi differenziale; ma in Europa non è il caso di occuparsene.

Nei sifilomi si trova la spirochaeta p. raramente prima della terza o quarta settimana dopo l'infezione. Nella maggior parte dei casi potremo fare la diagnosi più presto ricercando la spirochaeta che aspettando l'insorgere di sintomi clinici. Solo quando si tratta di una ulcera mista, cioè di una combinazione di ulcera molle con la dura, l'indurazione si può di solito dimostrare più presto che non la spirochaeta.

In tutti i prodotti secondari si trovano le spirochete; soltanto nella sifilide maligna, dove si potrebbe supporre la presenza dei germi in abbondanza, la ricerca è generalmente negativa; si potrà scoprire le spirochete ai margini delle efflorescenze, ed anche qui solo in scarso numero. Lo stesso vale per i prodotti terziari, sicchè per queste due forme ha più importanza diagnostica la reazione di Wassermann. Anche nei periodi latenti della sifilide recente sono state trovate spirochete nelle glandole, nei residui dei sifilomi ed esantemi, nel materiale raschiato delle tonsille.

Anche la cultura delle spirochete è già stata ottenuta da vari autori (Mühlens, Noguchi, W. H. Hoffmann, Sowade), e sono stati pubblicati esiti positivi di inoculazione con queste culture pure. Nei prodotti di inoculazione erano presenti le spirochete p.

Grandissima importanza ha la reazione di Wassermann, benchè non sia interamente specifica e si possa ottenere una reazione positiva anche nella framboesia, lepra, scarlattina, malaria, febbre ricorrente, peste, beri-beri, in alcuni casi di intossicazinne saturnina, psoriasi e lupus eritematoso. Trattandosi di malattie di poco conto riguardo la diagnosi differenziale, possiamo affermare che la reazione positiva è dimostrativa.

La reazione diventa positiva nella sifilide primaria dalla quarta all'ottava settimana. Essa è positiva in pressochè 100 % di sifilitici secondari e paralitici progressivi, in 90 % di terziari e in 80 % di tabetici.

Tutte le modificazioni per semplificare la tecnica della reazione di Wassermann non possono rivaleggiare, riguardo la sicurezza del risultato, col metodo originale.

In tutti i rami della medicina questa reazione è diventata indispensabile. Essa permette la diagnosi, che prima era spesso possibile soltanto dopo parecchio tempo, secondo il risultato della cura antiluetica. Essa ha dimostrato nella psichiatria l'intimo nesso della tabe e paralisi con la sifilide. Essa ha perfino chiarito il rapporto mai supposto fra certe affezioni e la sifilide; basti ricordare l'emoglobinuria parossistica, nella quale Matsuo ha trovato su undici casi 12 volte una Wassermann positiva. Finalmente la reazione ha fornito nuove basi per le leggi derivanti dal comportamento della sifilide ereditaria e ci ha insegnato, nello stesso tempo, che la immunità delle madri e dei figli dev'essere considerata come fondata sulla infezione già superata.

Sfortunatamente non sappiamo ancora, da quali sostanze dipende la reazione positiva, e non sappiamo se debbasi ritenere la reazione un sintomo equivalente ad altre manifestazioni. Neisser vede in ogni ammalato colla Wassermann positiva un portatore di spirochete da sottoporre al trattamento. Fatta astrazione del fatto, che la reazione non è legata alle spirochete, come dimostra la sua presenza in altre malattie, pur facendo valere l'opinione di Neisser, non è però dimostrato, che questo supposto focolaio morboso non possa rimanere latente per sempre, e d'altra parte non

è assolutamente sicuro, che questo supposto focolaio sia accessibile alla nostra terapia, cioè che potremo trasformare la reazione da positiva in negativa. C'è un grande numero d'individui con infezione remota, i quali hanno una Wassermann positiva pur essendo completamente sani e senza alcun sintomo luetico. Pick dispone di tre casi, in cui l'infezione è avvenuta 35, 37, 42 anni addietro, i quali nell'età di più di 60 anni sono sani, non presentano alcuna manifestazione, hanno figli e perfino nipoti sani e pure mostrano, anche in esami ripetuti, una reazione positiva. Terapeuticamente non si può fare niente in tali casi contro la reazione, la cura anzi non è consigliabile, perchè i pazienti paurosi e nervosi (e soltanto questi chiedono sempre di nuovo l'esame del sangue) diverrebbero ancora più ansiosi e nervosi.

Dobbiamo quindi combattere la soverchia importanza, che viene attribuita dai profani alla reazione positiva, e nei casi, in cui l'anamnesi dimostra una infezione remota e sufficientemente curata, sarà opportuno dire ai pazienti: la reazione positiva ha un duplice significato, essa può essere un leggero sintomo ovvero un segno della infezione superata, analogamente alle reazioni del sangue, che si trovano ancora dopo molti anni in persone che hanno avuto il colera o il tifo.

La distinzione la faremo mediante il trattamento.

Se la reazione diventa negativa dopo la cura, allora abbiamo il primo caso; se essa rimane positiva, allora licenziamo il paziente consolandolo, che egli non è soltanto sano, ma forse perfino immune. (Una pia frode, colla quale siamo più utili al paziente che quando confessiamo la nostra ignoranza sul perchè della reazione positiva e sulla nostra incapacità a mutarlo).

Con tutto ciò non vogliamo diminuire il valore della reazione per la cura, al contrario, essa è aumentata d'importanza, nella misura, che noi in seguito ai progressi della terapia siamo sempre più in grado di prevenire altre manifestazioni, di rendere il decorso della malattia per così dire latente.

Questo grande progresso dobbiamo ad Ehrlich grazie all'introduzione del salvarsan.

Oramai sono trascorsi tre anni, dacchè il rimedio viene usato su larga scala; abbiamo appreso a giudicarlo con calma, ed oggi conosciamo abbastanza bene i metodi della sua applicazione, le indicazioni e le controindicazioni.

Se esaminiamo rapidamente il « *dare ed avere* » del salvarsan — compito difficile anche per lo specialista, data l'immensa letteratura — troviamo sul conto del dare due punti di particolare importanza. Sono i fenomeni così detti « neurorecidive » sui quali Finger per primo ha rivolto l'attenzione, ed i casi di morte consecutivi alle cure salvarsaniche.

Le neurorecidive sono fenomeni di paralisi nel campo dei nervi cerebrali (acustico, ottico, facciale, oculomotorio). Quanto alla loro natura il concetto di Ehrlich, secondo il quale si tratta di recidive sifilitiche monosintomatiche, cioè di manifestazioni della malattia e non di effetti tossici del salvarsan, viene diviso da quasi tutti gli autori. Questo concetto si basa sul fatto, che le neurorecidive guariscono nella enorme maggioranza dei casi con la cura, per la quale possiamo usare il salvarsan.

La guarigione mediante il salvarsan sarebbe invece completamente esclusa, se questi sintomi derivassero da una azione tossica del preparato.

Le neurorecidive sono diventate più rare che nel primo tempo del trattamento col salvarsan, dacchè l'idea della « sterilisatio magna » è stata messa da parte e si usano dosi più piccole combinate col mercurio.

Così abbiamo il mezzo di risparmiare ai nostri ammalati tali danni; un altro mezzo sarebbe di raccomandare ai pazienti di osservarsi bene e di cominciare subito con una nuova cura, se insorgessero sintomi nervosi (cefalea, vertigine).

In alcuni casi certamente questi fenomeni di paralisi, specialmente da parte del n. acustico, si manifestano già breve tempo (2 a 5 giorni) od anche immediatamente dopo l'iniezione.

Ehrlich è del parere, che si tratti in questi casi della cosidetta reazione di Jarisch-Herxheimer, la quale di solito scompare entro pochi giorni ed il decorso della quale può venire accelerata ancora mediante somministrazione di joduri.

Usando regolarmente piccole dosi di salvarsan non si osservano tali reazioni locali.

Il secondo punto, che è di maggiore importanza ancora, riguarda i casi di morte, il cui numero era di 112 negli anni 1910 e 1911. Da una analisi di questi casi risulta, che il salvarsan fu adoperato in dosi o assolutamente o relativamente troppo alte; che dello stato generale ed in ispecie della costituzione organica non fu tenuto il giusto conto, che non si dette importanza ai sintomi, i quali dopo una iniezione avrebbero dovuto met-

tere in guardia e che si continuò a ripetere l'iniezione malgrado tali sintomi.

Una parte dei casi riguarda pazienti, nei quali certo la malattia stessa ha determinato la morte, nei quali cioè il salvarsan, non riusciva a far sparire i gravi sintomi. La maggioranza dei casi però è stata causata dal salvarsan; basti pensare alle forme di *encefalite emorragica*, per le quali Mareschalko ha dimostrato come agente eziologico il salvarsan, non la sifilide, per il fatto che egli poteva provocare i medesimi quadri anatomopatologici nel coniglio mediante dosi tossiche di salvarsan.

Un rimedio, che può produrre tali conseguenze in condizioni non influenzabili, dovrebbe essere rigettato dal medico pratico, ed il confronto con le vittime, che la narcosi richiede, non è giusitficato, poichè abbiamo altri mezzi a nostra disposizione.

Per il medico pratico la decisione, se si può usare il salvarsan o non, dipende esclusivamente dalla risposta alla domanda: *si possono evitare tali conseguenze della cura del salvarsan o no?*

Questa domanda dev'essere risoluta *in senso affermativo*, ed i mezzi che abbiamo per mettere i nostri ammalati *al riparo*, sono:

1° accurato esame del paziente. Si deve tener conto in prima linea delle condizioni generali; già il peso ci indica il dosaggio; negli individui molto deboli, anemici, sarà meglio non far uso del salvarsan; bisogna escludere i pazienti con tubercolosi in atto, con diabete, nefrite, vizi di cuore, arteriosclerosi, febbre, grave alcoolismo e tabagismo.

Aneurismi, grave sifilide cerebrale, tabe e paralisi nello stadio avanzato formano ulteriori controindicazioni.

Ma anche nel periodo recente della malattia bisogna essere prudenti, verso l'epoca dell'acme dell'infezione, cioè immediatamente prima e dopo l'eruzione dell'esantema. In questi momenti il sistema nervoso, anche senza sintomi apprezzabili, è di frequente compromesso. In tali casi si comincia col salvarsan solo dopo il trattamento mercuriale. Si principia, tenendo conto dello stato generale, o con iniezioni di calomelano (il preparato mercuriale più energico) o di olio cinereo, asurol, salicilato di mercurio, sublimato, ecc.; trattandosi di individui deboli e anemici, è consigliabile anche la cura delle frizioni mercuriali, che ha una benefica influenza sulle condizioni generali. Il salvarsan adoperiamo soltanto quando vediamo gli effetti della cura mercuriale, cioè scomparsa della sifilosclerosi e delle glandole, diminuzione dell'esantema.

2° Il secondo punto per evitare, spiacevoli conseguenze consiste nella regola, di praticare una iniezione di saggio con piccola dose (0.1 nelle donne, 0.2 negli uomini) prima di incominciare la vera e propria cura salvarsanica. L'accurata osservazione di tutti i sintomi consecutivi a queste piccole dosi ci fanno sempre conoscere i casi, che mostrano una spiccata sensibilità verso il rimedio; quindi possiamo escluderli da una ulteriore cura col salvarsan; o almeno, saremo molto cauti coll'impiego del composto.

3° La terza regola è: piccole dosi, grandi intervalli. Mediante uso ripetuto di dosi piccole a grandi intervalli possiamo ottenere il massimo dell'effetto utile. Non bisogna mai superare la dose di 0.4 salvarsan (0.6 neosalvarsan). Si faccia prima sempre l'iniezione *di prova* e dopo questa si aspetti almeno una settimana.

Fin qui il *conto passivo* del salvarsan.

Quanto al *conto attivo*, basta dire poco, perchè oggidì è universalmente riconosciuto. Si può riassumerlo in tre punti:

1) La rapida azione su quasi tutte le manifestazioni sifilitiche, quale non viene raggiunta da nessun altro rimedio.

2) La possibilità di agire sulle manifestazioni della lue anche nei casi, in cui mercurio e joduro non dànno alcun risultato o non possono essere usati, cioè nei casi refrattari al mercurio, nei casi di stomatite grave o nefrite mercuriale. È sottointeso, che lasciamo decorrere la nefrite prima di somministrare il salvarsan.

3) La possibilità della cura abortiva della sifilide. E questo è il punto più importante. Si capisce che la cura abortiva offre tanta maggiore probabilità di riuscire quanto più presto essa viene cominciata.

Molti autori hanno pubblicato un gran numero di casi, in cui la guarigione abortiva sembra essere un fatto, cioè casi, in cui da alcuni anni non sono insorte manifestazioni e la reazione di Wassermann è rimasta negativa.

Benchè si possa osservare, che l'ulteriore avvenire di tati casi ci è ignoto, queste cure abortive riuscite dimostrano ad ogni modo che, mediante la nostra terapia, siamo in grado di cambiare in modo straordinario il decorso normale dell'infezione, ed esse impongono ad ogni medico l'obbligo di tentare almeno una cura simile; il me-

dico che non lo fa, assume, secondo le autorevoli parole di Jadassohn, una *grave responsabilità*.

Il salvarsan o neosalvarsan si usa oramai esclusivamente nella forma di iniezioni endovenose.

Il corso della cura è press'a poco il seguente: nel periodo primario — sifiloma senza manifestazioni generali, R. Wassermann negativa — tenteremo la cura abortiva. Il sifiloma viene possibilmente distrutto e subito si comincia col salvarsan (iniezione di prova). Nello stesso tempo si fa la cura mercuriale, preferibilmente col calomelano. Si praticano otto a dieci iniezioni mercuriali, tre a quattro di salvarsan entro cinque settimane. Finita la cura Pick consiglia di aspettare e di regolarsi secondo la reazione di Wassermann, cioè ripetere la cura soltanto quando la reazione è positiva.

Spesso però si può essere sorpresi da una reazione positiva dopo un anno; e quindi sarà opportuno, secondo la proposta di Jadassohn, di non guardare oziosamente, ma di eseguire una iniezione di mercurio o meglio di salversan, per tentare, se mediante una tale iniezione la R. W. negativa venga trasformata in positiva. Se questo succede, allora dobbiamo supporre, che in seguito all'iniezione furono mobilizzati focolai latenti di spirochete, e facciamo seguire una cura. Se la reazione invece rimane negativa, ripeteremo l'iniezione *provocatrice* dopo un intervallo più lungo.

Il trattamento dei casi con manifestazioni secondarie floride è analogo; soltanto rinunciamo per il momento al salvarsan ed incominciamo invece col mercurio.

(È d'uopo osservare, che per la maggioranza dei medici il risultato della reazione Wassermann non vale come criterio principale riguardo la cura. La cura dev'essere fatta — indipendentemente dall'analisi sierologica — per tre o meglio quattro anni con cure mercuriali combinate col salvarsan e con i joduri).

Nella possibilità della cura abortiva e nel decorso abortivo dell'infezione, il quale nella maggioranza dei casi è raggiungibile mediante il salvarsan, che non esclude le recidive, ma le ha rese molto più rare, sta il grande progresso, che dobbiamo a Ehrlich.

Ed ora che conosciamo abbastanza l'azione del rimedio per poterlo usare evitando con piena sicurezza dannose conseguenze, nulla ne impedisce il generale impiego, anzi bisogna chiederlo nell'interesse della lotta contro la malattia, nel singolo caso come per la profilassi sociale.

J. ULLMANN.

SUNTI E RASSEGNE

Sulle affezioni sifilitiche dell'aorta.

(DENCKE. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1913, n. 10).

L'A. si occupa delle affezioni sifilitiche dell'aorta, comprendendo sotto questa denominazione l'aortite propriamente detta (mesaortite di Heller-Döhle) nonchè l'insufficienza aortica e l'aneurisma dell'aorta, che ad essa sono intimamente collegati.

Da i dati statistici raccolti nell'ospedale S. Giorgio di Amburgo, diretto dall'A., risulta che le suddette affezioni furono negli anni 1909-1911, causa di morte in 54 casi; mentre le altre affezioni di origine sifilitica (comprese la tabe e la demenza paralitica) non determinarono che 29 casi di morte. Quantunque si debba tener conto del fatto che i paralitici progressivi vengono accolti in massima parte nei manicomi, è certo che queste cifre dimostrano come le lesioni aortiche siano certamente fra le più frequenti affezioni di origine sifilitica.

È noto come, in genere, non sempre i pazienti sappiano di aver contratto la infezione luetica. Anche negli aortici l'anamnesi risulta frequentemente negativa (71 casi su 148). La indagine anamnestica viene, in questi soggetti, difficoltata dal fatto che la lesione aortica si manifesta d'ordinario assai tardivamente (in media circa 20 anni dopo che gli infermi avevano contratto la lues). Tuttavia è da tener conto che le lesioni aortiche si svolgono in maniera assai subdola e lenta; sicchè è da ritenere che esse vengano riconosciute dal medico parecchi anni dopo il loro inizio.

Non è dimostrata, per l'insorgere di dette lesioni, la importanza di alcun altro elemento etiologico. Nella maggior parte dei casi i primi disturbi subbiettivi iniziarono fra i 32 e i 50 anni, un'età questa in cui la ordinaria arteriosclerosi (endoarterite cronica deformante) non può ancora venir tratta in campo. Nè il mestiere, nè l'abuso degli alcoolici sembra abbiano influenza sulla localizzazione aortica del virus sifilitico.

Dal punto di vista anatomo-patologico sono evidenti le differenze fra l'arteriosclerosi e l'aortite luetica. Questa preferisce l'aorta ascendente, e comincia quasi sempre immediatamente al di sopra dell'inserzione delle valvole semilunari, mentre l'arco e l'aorta toracica discendente mostrano solo alterazioni più lievi e più recenti, e l'aorta addominale è di regola intatta. Anche la base delle valvole aortiche partecipa non di rado

al processo morboso; e a ciò consegue una insufficienza aortica. Il quadro macroscopico dell'aortite luetica è caratterizzato dalla retrazione cicatriziale della superficie interna, con diminuzione nello spessore della parete; tale assottigliamento è talora tanto accentuato che la parete dell'aorta diviene trasparente. Spesso questa perdita di sostanza della tunica media viene compensata da una proliferazione dell' avventizia. L'intima si presenta rugosa, talora con ispessimenti gelatitosi. I depositi calcarei mancano nei soggetti giovani, mentre esistono invece in quelli di età più avanzata per la combinazione dell'aortite sifilitica con l'andoarterite deformante. Con il progredire della malattia si formano sovente, nei punti più gravemente lesi, dilatazioni aneurismatiche sacciformi. All'esame microscopico si vede che l'avventizia e la media rappresentano il punto di partenza del processo; caratteristica è la presenza d'infiltrati parvocellulari, talora con necrosi centrale e formazione di cellule giganti. L'intima presenta essenzialmente un processo di proliferazione semplice; alterazioni regressive in forma di degenerazione grassa, ialina, calcarea sono rare. Talora sono state constatate delle vere gomme.

Il quadro clinico dell'aortite luetica è assai vario. Nei casi iniziali manca un complesso sintomatico caratteristico; in genere si hanno disturbi cardiaci poco netti, con accessi di debolezza. I casi conclamati possono venir distinti in tre gruppi. Nel primo rientrano i casi nei quali le alterazioni aortiche prevalgono in corrispondenza degli orifici delle arterie coronarie; qui il quadro morboso è dominato dai sintomi della *angina pectoris;* dopo qualche attacco segue frequentemente la morte; rammenti il medico che ogni caso di vera angina pectoris in soggetti che non abbiano ancora raggiunto il 50° anno di età deve risvegliare il fondato sospetto di una lesione sifilitica dell'aorta. Il secondo tipo presenta il quadro caratteristico dell'insufficienza aortica. Per differenziare l'insufficienza aortica di origine luetica da quella di origine reumatica giovano essenzialmente l'anamnesi e la reazione di Wassermann; inoltre è da tener presente il colore della cute che nei sifilitici è ordinariamente giallo-pallido, anche quando non esiste una diminuzione delle emazie o della emoglobina. Nel terzo gruppo vanno compresi i casi nei quali si è formato un aneurisma sacciforme; qui prevalgono i sintomi dovuti alla lesione degli organi vicini, e principalmente i dolori dovuti a usura dello sterno, delle costole, delle vertebre, e ad occlusione delle arterie intercostali, i segni di compressione dei bronchi, la paralisi del ricorrente, ecc. Per la diagnosi di aneurisma dell'aorta giova, assai più che ogni altro sussidio semeiologico, l'esame coi raggi Röntgen; solo due segmenti dell'aorta sfuggono all'indagine radiologica, e cioè: la radice dell'aorta, la quale è compresa nell'ambra del cuore e la concavità dell'arco, in corrispondenza della quale riescono apprezzabili solo alterazioni relativamente grossolane. I tre tipi descritti non presentano, come è facile comprendere, una netta delimitazione; esistono anzi tutte le forme di passaggio e di associazione.

L'aortite si complica non di rado ad altre affezioni tardive di origine luetica, specialmente a carico del sistema nervoso.

Il decorso e l'esito dell'aortite dipende essenzialmente dall'essere il processo più o meno influenzabile per mezzo di una terapia specifica. Purtroppo i pazienti giungono all'osservazione medica solo tardivamente, quando cioè già esistono alterazioni avanzate del sistema circolatorio. La maggior parte degli infermi muoiono dopo circa un anno dall'insorgere dei disturbi subbiettivi.

La terapia non può certo proporsi di rinnovare i tessuti distrutti; ma essa darebbe risultati assai migliori di quelli che si ottengono attualmente se venisse iniziata al principio dell'affezione. Si tenga presente quanto si è detto innanzi intorno alla etiologia luetica dell'angina pectoris in soggetti i quali non abbiano ancora 50 anni; in tutti questi individui non dovrebbe mai tralasciarsi di accertare — essenzialmente mediante la reazione di Wassermann — la esistenza della lues, e di iniziare subito una terapia specifica. Le cure devono essere energiche e ripetute. L'uso del salvarsan è, secondo lo stesso Ehrlich, controindicato nei soggetti in grave stato; e anche negli infermi senza scompenso non si dovrebbe sorpassare la dose di 20-40 centigrammi.

V. FORLÌ.

Di alcuni momenti causali che sogliono aggravare il decorso della sifilide.

(RENAULT. *Journal des Praticiens*, n. 19-20, 1913).

Se leggiamo la descrizione spaventevole che il Fracastoro fa della sifilide del XVI secolo, ci accorgiamo subito della relativa benignità che questa malattia presenta ai giorni nostri, attribuita

da alcuni alla attenuazione del virus attraverso le numerose generazioni. Essa è dovuta piuttosto ai progressi dell'igiene e sopratuto al perfezionamento della terapia.

Se il sifilitico conoscesse e tenesse sempre presenti le condizioni che rendono più aggressiva e più grave la sua malattia, potrebbe in un certo senso essere padrone del suo avvenire.

Età. — Senza dubbio la sifilide è sensibilmente più grave ai due estremi della vita; per l'infanzia basta pensare alle gravissime epidemie di sifilide vaccinale; nei vecchi le manifestazioni sifilitiche sono caratterizzate dalla molteplicità e confluenza, dalla resistenza alle cure, dalla malignità del loro decorso, dalla frequente tendenza a recidivare.

Regime dietetico ed igienico. — Speciale menzione va fatta per l'alcool, l'assenzio ed il tabacco.

L'alcool aggrava le manifestazioni della sifilide di qualsiasi stadio, e ne modifica l'evoluzione si che gli accidenti si seguono a getto continuo.

Il sifiloma iniziale acquista carattere ulceroso e fagedenico; nel periodo secondario le eruzioni hanno caratteri di gravità precoce, sono confluenti, son costituite da elementi eruttivi più larghi e rilevati; il tipo ulceroso con perdite di sostanza più o meno profonde prevale nel periodo terziario. Tra gli alcoolisti, sono molto frequenti le manifestazioni nervose della sifilide: il Fournier su 57 casi ha trovato oltre il 50 % con localizzazioni nei centri cerebro-spinali o con manifestazioni parasifilitiche. È negli alcoolisti che la sifilide aggredisce frequentemente i visceri profondi: rene, fegato, ed altera il ricambio materiale. L'alcool affretta e precipita l'evoluzione del processo sifilitico, si che precocemente si hanno manifestazioni terziarie a caratteri distruttivi e fagedenici. Fatalmente si stabilisce la cachessia che di poco precede l'esito letale.

L'absintismo presenta, ed ancora maggiori, gli stessi sintomi di aggravamento dell'infezione sifilitica.

Meno rapidamente nocivo dell'alcool, ma più pernicioso per la costanza dei suoi pericoli e le sue conseguenze tardive, è l'uso del tabacco.

È degna di nota anzitutto la tendenza alle recidive delle manifestazioni bucco-faringee. È evidente la grande importanza di queste recidive dal punto di vista contagionistico. Nei casi comuni, eccezionalmente queste recidive si osservano dopo il 3° o il 4° anno dall' infezione; tra i fumatori invece si riscontrano fino al 10°, al 15°, e anche più tardi.

Si intende facilmente l'importanza di queste nozioni in rapporto all'autorizzazione al matrimonio che in genere si conviene di poter accordare al 5° anno dalla prima infezione, se sia fatta una cura coscienziosa per un periodo di quattro anni, e se da un anno non si siano avute altre manifestazioni, e se ancora la reazione di Wassermann è negativa. Tale autorizzazione naturalmente può essere accordata ai sifilitici fumatori soltanto dopo un periodo di tempo molto più lungo a causa della grande contagiosità delle manifestazioni papulo-erosive della mucosa orale.

Queste manifestazioni son tenaci, ma per un certo periodo sono curabili. Ma se il sifilitico non rinunzia al tabacco, le lesioni si moltiplicano e si accentuano, le labbra, le commissure labiali, la lingua si coprono di placche bianche; la parola è resa difficile, la masticazione quasi impossibile, un'alimentazione speciale è resa necessaria dalle sensazioni dolorose che tormentano il paziente. Insensibilmente, al disotto di una placca leucoplasica, si può sviluppare una piccola nodosità, che a poco a poco aumenta di volume e porta al cancro della mucosa buccale.

Poirier dice che per aver il cancro della bocca occorre essere sifilitici e fumatori! Su una statistica personale di 100 casi di cancro della mucosa orale, il Fournier l'ha osservato 84 volte nei sifilitici fumatori. Poirier ne dà una percentuale del 96 %.

Le *cause deprimenti*, in genere, le forze dell'organismo hanno un'influenza nefasta sul decorso della sifilide; fra esse specialmente gli eccessi di lavoro intellettuale, gli abusi sessuali e la vita da bagordi preparano le manifestazioni della sifilide cerebrale e spinale logorando il nevrasse e predisponendolo al terziarismo precoce e alla cosidetta parasifilide. Anche l'incuria e la mancanza di misure igieniche esercitano un'influenza locale sul decorso delle singole lesioni specifiche.

Tutte le malattie infettive naturalmente possono dimostrare una influenza nociva sul proceso luetico. Più manifesta e più necessaria a conoscersi, anche perchè in una certa misura può essere evitabile, è l'influenza di speciali infezioni croniche, quali la tubercolosi e la malaria.

Da una parte la sifilide crea una speciale recettività verso la tubercolosi; questa, d'altra parte, influenza sfavorevolmente la sifilide aggravandone il decorso generale e l'evoluzione delle singole localizzazioni.

Di speciali misure profilattiche dovrà perciò circondarsi il sifilitico per evitare il contagio tu-

bercolare e per tenersi lontano da tutte quelle cause che debilitando l'organismo, lo rendono più facilmente vulnerabile dall'infezione tubercolare.

Dopo che il Fournier per il primo ha messo in evidenza l'influenza malefica della malaria sul decorso della sifilide, numerosi autori hanno confermato le sue osservazioni. La malaria può risvegliare la sifilide da più anni sopita, dà sovente carattere fagedenico alle manifestazioni specifiche, predispone ad un terziarismo precoce e maligno.

L'insufficienza e il difetto di cure specifiche costituiscono senza dubbio il peggior pericolo per l'avvenire del sifilitico. Ciò risulta evidente dalla statistica di Fournier su 2396 casi di sifilide, e da quella di Perls su 6203. Su 100 sifilitici non trattati affatto o in misura molto insufficiente, 78 hanno portato a manifestazioni terziarie. Su 6203 sifilitici, il Perls ha osservato lesioni in 605 casi, il 60 % dei quali non era stato sottoposto a nessuna cura, il 21 % ad una cura esclusivamente sintomatica; soltanto l'1 % di questi casi aveva avuto un trattamento sistematico secondo il metodo di Fournier.

Oggigiorno i nuovi preparati arsenicali completano ancora meglio il patrimonio di presidi terapeutici contro la sifilide. La reazione di Wassermann è utile come controllo dei risultati ottenuti. Bisogna però che il sifilitico ricordi che anche a cura espletata, a guarigione clinica ottenuta, la sua insegna deve essere sempre: *uti et non abuti* così nel lavoro, come nei piaceri della vita.

Si può dire che il sifilitico, grazie ai mezzi terapeutici di cui oggi disponiamo, confortati da un regime di vita igienico, e grazie alla conoscenza delle cause che possono aggravare la sua malattia, ha il diritto di sperare di vivere lungamente, senza altre sofferenze oltre quelle comuni ai suoi simili non colpiti dalla sifilide.

P. S.

LEZIONI

La paraplegia sifilitica.

(Sunto di una lezione clinica del prof. DEJERINE).

Un malato di anni 36 affetto da paraplegia completa degli arti inferiori, paraplegia quasi punto spastica, e che iniziatasi nel giugno, sei mesi dopo — momento attuale — si presentava in condizioni più o meno identiche.

Gli arti superiori sono immuni. La paraplegia degli inferiori è grave in quanto il malato può appena compiere qualche movimento con le dita dei piedi e con le coscie. A destra egli estende un poco la gamba, ma senza forza affatto.

Questi limitatissimi movimenti sono comparsi oggi dopo parecchi mesi dall'inizio del male, quando cioè la paraplegia era completa in modo assoluto. La stazione eretta è impossibile senza l'aiuto di due persone che lo reggano al disotto delle ascelle, la deambulazione è impossibile.

Non esiste un vero spasmo negli arti colpiti, perchè non vi è estensione, non equinismo del piede, le articolazioni sono mobili, i movimenti passivi sono compiuti facilmente nei vari segmenti, però la flaccidità non è assoluta e una certa tendenza alla contrattura è dimostrata dall'esagerazione dei rotulei, degli achillei, dalla presenza del Babiusky. Non esistono vere atrofie, ma solo uno stato di dimagramento degli arti colpiti.

Non disturbi della sensibilità superficiale e profonda. Non dolori di alcun genere.

Sfinteri: alvo stittico, ritenzione di urine.

La puntura lombare ha messo in luce l'esistenza di una reazione meningea, sia per l'aumento dell'albumina, sia per la presenza di linfocitosi.

Reazione di Wassermann negativa.

Diagnosi : Dinanzi ad una sindrome di tal genere il primo punto da discutere è se si tratti di una nevrite periferica o di una lesione midollare. Si esclude la nevrite facilmente perchè il paziente non ebbe mai i dolori caratteristici, non presenta alterazioni della sensibilità, non vere atrofie. Inoltre vi sono i disturbi a carico degli sfinteri che mancano nella polinevrite.

Una volta ammessa la lesione midollare dobbiamo domandarci se non abbiamo a fare con una sindrome da compresssione midollare. Il nostro malato stette bene fino all'11 giugno: nella notte fra l'11 e il 12 di giugno ebbe forti dolori a cintura nel dorso e nell'addome, al mattino si accorse con stupore che non poteva muovere gli arti inferiori.

L'inizio quindi fu apoplettico. Quale malattia può dare una sindrome tale con un inizio così fulmineo?

Si può pensare ad una poliomielite acuta dell'adulto?

La fa escludere l'esagerazione dei riflessi, e l'assenza delle atrofie.

Non restano allora che due probabilità: la mielite acuta ad inizio apoplettiforme, e l'ematomielia.

Anzitutto l'ematomielia senza trauma è rara, inoltre la paraplegia che ne risulta da flaccida diviene presto spastica. Inoltre nell'ematomielico — dopo qualche settimana dall'inizio — non mancano i disturbi della sensibilità, con dissociazione siringomielica (conservazione della sensibilità tattile, ipoestesia dolorifica e termica).

Possiamo quindi eliminare l'ipotesi di un versamento subitaneo di sangue nella cavità midollare.

Per eliminazioni successive siamo quindi giunti all'idea diagnostica di una mielite acuta trasversa.

Cosa è una mielite acuta trasversa? È un processo infettivo che agisce su i vasi midollari provocando il rammollimento degli elementi del midollo. Le lesioni arteriali sono costanti, e sono esse che provocano la mielomalacia. Il focolaio di rammollimento in seguito si trasforma pian piano in tessuto nevroglico sclerotico.

Riguardo alla natura del processo arteritico che ha determinato la mielomalacia dobbiamo considerare questo: quando un individuo — dapprima in buone condizioni — è preso così bruscamente da paraplegia a decorso rapidissimo, nella grande maggioranza dei casi si tratta di lesione di origine sifilitica. Il nostro malato deve infatti aver avuto sifilide sei anni or sono, e in lui dobbiamo ammettere per i criteri clinici la natura sifilitica dell'arterite midollare nonostante che la Wassermann ci abbia dato risultato negativo.

STORIA DELLA PARAPLEGIA SIFILITICA.

Per molto tempo, seguendo la legge di Hunter, il quale aveva detto che la sifilide non attacca il cervello, il cuore, lo stomaco, il fegato, i reni, si credeva che anche le paraplegie nelle quali doveva essere in giuoco la sifilide fossero dovute a processi ossei di natura luetica comprimente dall'esterno il midollo. Più tardi si inventarono le gomme meningee, ma anche questa lesione è estremamente rara, e assai difficilmente differenziabile dalle lesioni tubercolari che molto le rassomigliano. Nella grande maggioranza dei casi, la sifilide cerebrale o midollare è la conseguenza di un processo di arterite.

Oggi si ammette generalmente che la sifilide eserciti la sua azione sul midollo in tre modi:

1° lesioni da compressione, esostosi, periostosi, gomme meningee, e sono i casi più rari;

2° la paraplegia dipende dallo strozzamento midollare dovuto ad un anello pachimeningitico: sono le paraplegie a decorso molto lento;

3° la lesione predominante è l'arterite. Sono i casi più frequenti. Quando l'arterite si sviluppa in modo acuto si ha la trombosi rapidamente, e a questo stato di cose corrisponde la paraplegia flaccida, con inizio brusco, come nel nostro caso.

In altri casi l'arterite ha un decorso lento, si ha un'arterite cronica, quindi l'obliterazione avviene piano piano, dando luogo alla forma clinica della claudicazione intermittente.

ETIOLOGIA.

Secondo Bazin i due terzi delle paraplegie sono di natura sifilitica. Generalmente le paraplegie a decorso rapido sono quelle che si presentano a poco tempo di distanza (1-8 anni) dalla contratta infezione. Più la lue è vecchia e più facilmente si osserva la paraplegia a decorso lento, iniziantesi con la claudicazione intermittente.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Tutti i vasi possono essere colpiti. L'alterazione consiste generalmente in un ispessimento della tunica interna, ispessimento che può essere concentrico o può avvenire in un lato più che in un altro.

A poco a poco il lume vasale viene obliterato dalla formazione di un trombo. A questo punto avviene la necrosi degli elementi midollari: le cellule del midollo non hanno più contorni netti, presentano vacuoli, non prendono bene il colore, il nucleo è spostato, poi scompare; le fibre nervose sono rigonfie, poi degenerano completamente. Intorno agli elementi nobili del midollo si ha una reazione infiammatoria delle meningi, sopratutto della pia madre e dell'aracnoide, per cui in definitiva il quadro anatomo-patologico che ne risulta è quello di una meningomielite.

SINTOMATOLOGIA.

I casi a inizio apoplettiforme sono invero molto rari. Più frequentemente esistono fenomeni premonitori: il malato si lamenta di un dolore lombare piuttosto intenso: il rachide è dolente anche alla pressione. Egli si stanca facilmente, qualche volta le gambe gli mancano ad un tratto, fino a cadere improvvisamente a terra. La vescica non si vuota bene, la defecazione è difficile. Questi sintomi premonitori possono durare giorni, mesi, e persino anni e sono molto importanti a conoscersi in quanto è a questo periodo della malattia che intervenendo energicamente si possono ottenere risultati brillanti.

I sintomi del periodo di stato variano a seconda del punto della lesione.

Se la lesione è nel midollo cervicale — evenienza molto rara — ne risulterà una tetraplegia spastica.

In questi casi le turbe degli sfinteri non sono gravi.

Anche raro è che la mielomalacia avvenga in corrispondenza del rigonfiamento lombosacrale: in questi casi i centri trofici dei muscoli degli arti inferiori sono lesi e si avrà quindi una paraplegia flaccida, con abolizione dei riflessi tendinei, e nello stesso tempo si avranno turbe del trofismo muscolare.

Può succedere che il focolaio d'arterite interessi soltanto una metà del segmento midollare: allora avremo una sindrome Brown-Séquard.

Più comunemente le lesioni sono localizzate nel segmento dorsale. Allora si ha la sindrome quale quella presentata dall'infermo descritto: una paraplegia dapprima flaccida, poi spastica.

Generalmente però — e contrariamente a quanto avvenne nel nostro infermo — una volta stabilitasi la paralisi spastica, il malato in capo a qualche settimana o a qualche mese, ricomincia a compiere i movimenti, e può ricamminare. Nel nostro malato questo non avvenne certamente per la grande estensione in altezza del focolaio di mielomalacia.

Forma lenta della paraplegia sifilitica: claudicazione intermittente.

La claudicazione intermittente — studiata da Erb sotto il nome di paralisi spinale — è l'appannaggio della sifilide di vecchia data.

I malati si lamentano che dopo che hanno camminato un poco, subito sono stanchi e sentono mancarsi le gambe. Dopo un poco di riposo sono nuovamente capaci di camminare.

Allo stato di riposo non si nota alcun sintomo nè di paresi, nè di contrattura, ma dopo il cammino i riflessi patellari sono esagerati, si osserva il Babinsky e i segni della trepidazione spinale. A poco a poco la claudicazione si trasforma in paraplegia spastica.

Mentre la diagnosi della forma a inizio brusco della paraplegia sifilitica non è difficile, quella della claudicazione intermittente presenza spesso alcune difficoltà.

Anzitutto essa deve essere distinta dalla claudicazione intermittente di Charcot per arterite periferica degli arti superiori. La diagnosi differenziale si basa su questi criteri: nella *claudicatio* di origine midollare le pulsazioni delle arterie degli arti inferiori sono conservate, e vi è assenza completa di turbe vasomotorie. Nella *claudicatio* di origine periferica vi è cianosi, raffreddamento della pelle, e mancano le pulsazioni.

Talora la diagnosi va posta con un morbo di Pott: quando vi è gibbo la diagnosi si impone facilmente, ma nella maggior parte dei Pott degli adulti il gibbo manca, bisogna allora considerare che nel Pott i dolori al rachide sono assai più violenti che non nella meningomielite luetica. Aiuta inoltre constatare la presenza di altri focolai tubercolari, la presenza di febbre, la radiografia, ecc. Infine non si deve trascurare l'esame del liquido cerebro-spinale.

Nel Pott — come nel cancro vertebrale e nei tumori delle meningi — la linfocitosi del liquido cefalo-rachidiano fa ordinariamente difetto.

Prognosi: si basa sull'estensione del focolaio, e sopratutto sul tempo nel quale si interviene.

Trattamento: la cura mercuriale praticata molto intensamente.

Dott. F. SABATUCCI.

Le forme scrofoloidi della sifilide.

(E. SERGENT. *Le Bulletin médical*, 28 maggio 1913).

Ai tempi di Bazin, la scrofula e la tubercolosi rappresentavano quasi due aspetti d'uno stesso processo morboso.

La scoperta del bacillo di Koch e le belle ricerche del Fournier han servito a distinguere la scrofula, la scrofulo-tubercolosi, e le manifestazioni scrofoloidi della sifilide ereditaria tardiva.

Si vedono dei bambini pallidi come cera, dalle labbra spesse ed aperte sui denti irregolar-

mente impiantati, con palpebre arrossite e tumefatte, con secrezione ostinata dall'orecchio, con amigdale enormi e vegetazioni adenoidi, facilmente disposti a frequenti riacutizzazioni della rino-faringite cronica, accompagnate da tumefazione dei nodi linfatici cervicali, che possono suppurare e stentare tanto a cicatrizzare. Son questi i bambini scrofolosi.

Se questi malati si abbandonano a sè stessi, non tarderanno le complicazioni settiche comuni, e possono aversi veri innesti tubercolari nella sede della lesione, ai quali seguiranno manifestazioni tubercolari cutanee, adeniti tubercolari, osteiti ed osteo-artriti: questo quadro costituisce ciò che dicesi *scrofulo-tubercolosi*.

Secondo Gaucher, la scrofula deve essere interpretata come il terreno sul quale secondariamente si innesta il bacillo di Koch. Basta dire però che l'epiteto *scrofoloso* non esclude affatto la natura bacillare. Il soggetto scrofoloso ha una maniera tutta propria di reagire di fronte al bacillo di Koch.

Alle ricerche di Hutchinson e di Fournier noi dobbiamo la distinzione della scrofulo-tubercolosi da alcune manifestazioni della sifilide ereditaria tardiva. Il Fournier ha dimostrato che molti dei cosiddetti scrofolosi sono in realtà eredoluetici: quest'errore diagnostico è stato ed è ancora possibile perchè le due malattie possono manifestarsi con localizzazioni, caratteri e decorso molto somiglianti. Ciò vale anche per la sifilide acquisita. Perciò è stata proposta in patologia la distinzione delle forme scrofoloidi della sifilide.

Tale distinzione non è facile, sia perchè le due affezioni possono manifestarsi simultaneamente nella stessa sede (ibridismo della lesione), sia perchè si manifestano contemporaneamente nello stesso soggetto (ibridismo del terreno).

Somiglianze cliniche fra la sifilide e la scrofulo-tubercolosi. — L'A. riferisce un caso di manifestazioni a tipo scrofulo-tubercolare, ma di origine nettamente sifilitica. Ne riassumiamo la storia clinica.

Una giovane donna è stata sempre bene fino all'età di 29 anni, quando è andata a marito. Un anno dopo il matrimonio, ha avuto una sinovite al ginocchio sinistro: il Guinard l'ha operata, e dopo le ha prescritto lo sciroppo di Gibert. L'anno seguente, nella regione sotto-clavicolare sinistra, poliadenite iperplastica, che ha dato luogo a vaste ulcerazioni, trattate col bistori e col termocauterio: il processo di cicatrizzazione fu più rapido là dove la lesione non fu trattata chirurgicamente. Un'ulcerazione analoga si è poi manifestata nella regione presternale. Dopo qualche tempo, tosse frequente ed afonia; per cui fu fatta diagnosi di tubercolosi polmonare e laringea. Poco dopo, artro-sinovite anchilosante del gomito sinistro e periostite fibrosa della bozza frontale sinistra.

La localizzazione ed i caratteri di questa periostite misero l'A. in sospetto, e i caratteri delle cicatrici che, là dove le lesioni non erano state trattate chirurgicamente, si presentavano lisce, non aderenti, a bordi regolari o policiclici. Inoltre all'ascoltazione del torace, non v'erano sintomi alveolari, ma soltanto segni di tracheo-bronchite. Ripetuti esami dell'espettorato diedero risultato negativo per il bacillo di Koch.

Per tutti questi fatti, e ricordando il precedente che la donna era stata sempre bene fino all'epoca del matrimonio con un uomo di cattiva condotta, l'A. iniziò il trattamento mercuriale e vide mano mano sparire tutte le manifestazioni su dette.

Altri esempi analoghi l'A. riferisce nel suo libro: *Sifilide e tubercolosi*. Il Gaucher ha descritto numerosi casi d'ogni forma di manifestazioni pseudo-tubercolari della sifilide (pseudo-tumori bianchi, mali di Pott, spina ventosa, sifilodermi lupiformi, ecc.).

La nozione di queste forme scrofoloidi della sifilide deve esser sempre presente alla mente del medico: facendone a tempo la diagnosi, si risparmieranno ai pazienti lunghi mesi ed anni di cure e d'infermità che a volte possono portare alla perdita di un arto per interventi chirurgici un po' troppo radicali.

Bisogna valersi sopra tutto degli elementi generali della diagnosi differenziale. Si farà un'interrogatorio metodico e completo, un esame scrupoloso del paziente, ricercando ogni stigmata rivelatrice d'una infezione luetica acquisita od ereditaria. La reazione di Wassermann od un trattamento di prova a volte dovranno decidere della diagnosi. La ricerca del bacillo di Koch dove essa è possibile, le reazioni alla tubercolina, l'iniezione sperimentale alla cavia del materiale patologico potranno fare escludere la tubercolosi.

Quanto alla tubercolino-reazione, bisogna ricordare che essa ha un valore molto limitato nell'età adulta, perchè essa molto frequentemente è positiva. D'altra parte, secondo l'A. non sono del tutto esatte le osservazioni del Nicolas, secondo

il quale i soggetti sifilitici reagiscono sempre alla tubercolina.

La diagnosi potrà essere ancora più difficile, se coesisteranno insieme sifilide e tubercolosi.

Sifilotubercolosi e ripercussioni reciproche delle due malattie. — L'A. presenta un paziente, la storia clinica del quale è quella di un antico scrofoloso, divenuto in seguito sifilitico. Nell'infanzia, adeniti cervicali ulcerate e tumore bianco del ginocchio.

A 21 anno, contrasse la sifilide: ebbe in seguito una serie di manifestazioni locali a tipo scrofulo-tubercolare: dapprima una eruzione lupiforme del faringe ed un'osteo-artrite del gomito, che guarirono rapidamente coi preparati mercuriali; poi un'osteo-artrite tibio-tarsica destra che migliorò soltanto col trattamento mercuriale e fu poi trattata chirurgicamente; infine un lupus della regione sottomascellare. Si aggiunga che quest'uomo aveva tosse ed espettorato, e che nell'espettorato era stato dimostrato il bacillo di Koch. Dice l'A. che la scrofola, sopita dopo il primo periodo, si è risvegliata al sopraggiungere dell'infezione luetica, richiamando questa sul proprio terreno, secondo l'espressione del Fournier.

La scrofola e la sifilide si associano per determinare quasi una nuova forma morbosa, nella quale i due processi reagiscono l'uno su l'altro, di modo che insieme con manifestazioni puramente sifilitiche o tubercolari, si hanno delle altre ibride, in parte influenzabili dal trattamento mercuriale, in parte ad esso refrattarie.

Ma non sempre si tratta di lesioni di natura ibrida: molto spesso son localizzazioni del processo sifilitico su terreno scrofoloso, che assumono per questo una speciale tendenza a un decorso torpido ed interminabile.

L'A. riferisce di un altro caso di tubercolosi, nel quale la tubercolosi ha quasi richiamato la sifilide sopraggiunta sul sistema osteo-articolare particolarmente caro al processo tubercolare, imprimendo alle manifestazioni cutanee successive un caratteristico aspetto d'ostrica, che ricorda quello di alcune forme di tubercolosi verrucosa.

Ricordiamo brevemente un caso nostro personale.

Una giovanetta, figlia di padre sifilitico, che nell'infanzia ha avuto manifestazioni cutanee perineali non curate specificamente, presenta da un paio d'anni adeniti ulcerose cervicali bilaterali e della regione sottoclavicolare sinistra, ritenute di natura tubercolare e come tali da lungo tempo curate. Da qualche tempo periostite e necrosi del mascellare inferiore, con fistola ampia presso l'impianto degli ultimi denti molari di destra. Estratto il tratto osseo necrotico, la lesione lentamente ripara e si chiude. Di più, periostite delle ossa nasali, del seno del mascellare superiore di sinistra, e periostite gommosa dello sterno. Inoltre artro-sinovite cronica fungosa del ginocchio destro.

Escludemmo facilmente che potesse trattarsi di sporotricosi mediante esami culturali su terreni di Sabouraud; non potemmo escludere la natura tubercolare almeno di qualcuna delle manifestazioni, per es. delle adeniti cervicali, per il loro decorso e i loro caratteri, e per la cutireazione positiva alla tubercolina.

Due volte ottenemmo sensibile miglioramento delle varie localizzazioni, dopo una prima iniezione endovenosa di una piccola dose di neo-salvarsan, e dopo un principio di trattamento mercuriale. Non potemmo proseguire la cura, per la caparbietà della piccola paziente e per l'affettuosità morbosa dei genitori. È notoria la tenacità di queste manifestazioni tardive, specialmente se hanno luogo su terreno scrofoloso, anche di fronte ai preparati specifici: soltanto cure molto lunghe e pazienti possono averne ragione.

Delle affinità e delle influenze reciproche fra sifilide e tubercolosi, un altro aspetto merita di essere brevemente illustrato. La sifilide acquisita od ereditaria costituisce una forte predisposizione all'infezione tubercolare. La sifilide, dice il Fournier, costituisce uno degli affluenti della scrofola.

L'A. dice che la sifilide dei genitori trasmette ai figli delle *attitudini umorali* speciali alla tubercolosi, e particolarmente alla scrofulo-tubercolosi. Nello stesso soggetto possono trovarsi associate stigmate e manifestazioni di sifilide ereditaria e lesioni scrofolo-tubercolari; ma se il bambino ha ereditato soltanto il terreno umorale sifilitico, può presentare delle lesioni scrofolo-tubercolari, senza stigmate nè lesioni sifilitiche.

Nel primo caso si tratterebbe di ibridismo vero, nel secondo di attitudine umorale semplice.

Alcune forme di scrofulo-tubercolosi s'avvantaggiano dal trattamento mercuriale o arsenicale, perchè esse si sono sviluppate su terreno sifilitico.

La doppia nozione della sifilo-scrofola (associazione dei due processi morbosi) e delle forme scrofoloidi della sifilide aprono la barriera fra il campo della scrofolo-tubercolosi e quello della sifilide ereditaria. P. SABELLA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

MANICOMIO PROVINCIALE DI GENOVA
IN COGOLETO.

Paralysis post tabem. Attenuarsi dei fenomeni somatici con aggravamento di quelli demenziali

per il dott. GIAN LUCA LUCANGELI.

Senza volermi addentrare nella *vexata quaestio* dei rapporti fra tabe e paralisi gen. progr. (ed evitando a bella posta le denominazioni di paral. gen. progr. ascendente e di tabo-paralisi), credo non superfluo riassumere la storia clinica di questo caso interessante per il suo decorso. D'altronde un solo caso senza reperto anatomo-patologico mal si presta ad interpretazioni attendibili e molto meno a considerazioni d'indole generale.

S... G..., di anni 43, nato in Alessandria e domiciliato a Genova, coniugato, cameriere, ammesso in questo Istituto il 19 ottobre 1911.

Note anamnestiche. — Sembra che la madre soffrisse di accessi vertiginosi provocati da violente emozioni, soprattutto di collera (epilessia affettiva): ebbe 12 figli, dei quali 6 morti in tenera età. Non pare che nel gentilizio vi siano altre tare neuro-psicopatiche.

Egli sin dai 14 anni lavorò nei piroscafi. specialmente delle « Messageries Maritimes », come garzone cantiniere, cuoco e cameriere: sin da allora cominciò ad essere affetto più volte da morbi venerei, fra cui egli rammenta un'ulcera dura, che cicatrizzò in un mese, e fu susseguita da una linfo-adenite inguinale, trattata con incisione e medicature semplicemente locali. Verso i 30 anni ebbe varie manifestazioni (cefalea, alopecia, dolori reumatoidi, ecc.) ribelli a qualsiasi terapia sintomatica: per cui iniziò varie cure antiluetiche, ma sempre incomplete.

Ebbe una vita ricca di avventure con manifestazioni di amoralità costituzionale; furti familiari, risse, frequenza alle bische, ecc.

Circa 4 anni fa cominciò di nuovo a soffrire di dolori reumatoidi agli arti inferiori, accompagnati da parestesie (formicolii, punture, ecc.). Ribelli a qualsiasi cura, si fecero sempre più intensi; e divennero violentissimi, urenti, lancinanti, folgoranti. Il paziente cominciò poi ad osservare che nella deambulazione il suolo sembrava soffice, come ricoperto da un tappeto, oppure come se egli avesse agli stivali delle suole di feltro.

Due anni or sono a San Paulo (Brasile) il saggio della reazione del Wassermann dette risultato negativo: tuttavia dovrebbe aver presentato successivamente manifestazioni luetiche, poichè fu ricoverato nel riparto dermosifilopatico dell'Ospedale di Pammatone in Genova. Poscia fu trasferito al riparto neuropatologico, ove (giusta il certificato del direttore della sezione) presentò fenomeni di eccitamento pericoloso, per cui fu richiesto il suo urgente ricovero nel Manicomio.

Nei primi giorni di degenza fu in condizioni fisiche generali piuttosto gravi: stato marasmatico con febbre, polso piccolo, frequente, anuria, spesso semicoscienza. Ma cominciò ben presto a migliorare somaticamente: ebbe di nuovo periodi di eccitamento e molestava gli altri ricoverati.

Nella relazione medica per la proposta del ricovero definitivo (4 novembre 1911) fu riconosciuto affetto da paralisi progressiva caratterizzata dai seguenti sintomi: euforia, delirio mutevole di grandezza, apprezzabile indebolimento mentale; disartria, tremori, rigidità pupillare, atassia.

ESAME OBBIETTIVO (15-22 dicembre 1911).

Note morfologiche. — Costituzione fisica gracile: stato di nutrizione generale deficiente, pannicolo adiposo scarso. Aspetto generale esterno di precoce senescenza, rughe iniziali al viso, ecc. Caduti o spezzati in corrispondenza del collaretto gengivale tutti i denti superiori; gl'inferiori seghettati e con smalto intaccato.

Varie cicatrici di cui una alla nuca e le altre numerose come da ustione all'addome; queste ultime attribuite dal paziente ad un cataplasma senapato applicatogli all'ingresso nell'Istituto (fenomeno distrofico?). Capelli, baffi e barba brizzolati.

Cranio sfenoide largo, brachicefalo, notevolmente piccolo e plagiocefalico. Cameprosopia e plagioprosopia con deviazione a destra di tutto l'asse facciale, specialmente del naso, ingrossato e schiacciato all'apice con narici ovalari, larghe, platirrino: padiglioni auricolari, grandi, divaricati.

Altre più lievi stigmate somatiche degenerative.

Note fisiologiche. — Lingua spesso impatinata, alito fetido; segni di lieve gastrite cronica; timpanismo addominale con meteorismo. Aia cardiaca un po' ingrandita con toni lievemente velati; polso piuttosto frequente (82-86 al m') tardo, molle. Paresi vescicale con dolenzia in corrispondenza dell'urocisti e talvolta ritenzione di urine.

Note nevrologiche. — Spiccata tendenza distrofica e vulnerabilità della cute. Dermografismo tardo e appena accennato sull'addome, più evidente e pronto su l'addome, a tipo vasoparalitico.

Reflessi. — Dei R. superficiali i cutanei mancano completamente, i mucosi sono presenti ma torpidi. I R. profondi degli arti superiori sono tutti presenti e facilmente provocabili: degli inferiori il patellare manca completamente (Westphall), l'achilleo è torpido e

appena accennato. Le pupille, fortemente miotiche, reagiscono torpidamente all'accomodazione, punto alla luce (Argyll-Robertson), oppure per tale stimolo lievemente si dilatano (Gowers); manca il R. consensuale, torpidissimi gli altri.

Motilità. — Contrattilità meccanica idiomuscolare evidente e pronta. Nei movimenti passivi si nota una diminuzione diffusa del tono muscolare. Oculomozione normale. Allo stato di riposo i tratti fisionomici rimangono lievemente cascanti e inespressivi: nei movimenti si notano ipocinesie nel campo d'innervazione del VII e del XII. Nei movimenti attivi degli arti superiori si nota un certo grado di incoordinazione e di insufficienza dinamica, evidenti specialmente nei movimenti fini ed in quelli, sopratutto delle dita, che richiedono destrezza e precisione. Dinamometria (din. di Collin) a prove incrociate (*cross-education*):

Mano destra: 24, 24, 25, 33, 25. Media 26.2.

Mano sinistra: 25, 21, 29, 27, 28. Media 26.0.

Nei movimenti attivi degli arti inferiori (in decubito normale) notevole ipocinesia e incoordinazione, che aumentano notevolmente a occhi chiusi: la stazione eretta è difficoltata anche ad occhi aperti e ad arti inferiori divaricati a motivo di notevoli oscillazioni e traballamenti; Romberg spiccatissimo: nella deambulazione ancor più notevole l'asinergia, specialmente nelle voltate brusche e senza il controllo della vista.

Notevoli tremori anche allo stato di riposo nei vari gruppi muscolari o di tutto il corpo.

Sensibilità. — Visus = $^2/_3$; refrazione ipermetropica di modico grado. Acutezza uditiva con vario grado di ottundimento, maggiore per i toni bassi: campo uditivo uniformemente ristretto; talvolta paracusie (ronzii, sibili, ecc.). Notevolissima ipoosmia con pervertimenti. Evidente ottundimento delle sensibilità cutanee e ancor più delle profonde con grossolani errori di localizzazione e nei movimenti e atteggiamenti al comando, a occhi bendati.

NOTE PSICHICHE: — Nella articolazione delle parole si notano lievi disturbi disartrici, che si rendono più manifesti con le parole di prova; scrittura tremula, atassica, con macrografia e disgrafie.

Coscienza. — Attenzione torpida nel costituirsi, scarsa e labile; specialmente nelle sue manifestazioni spontanee (A. statica), non provocate da forti richiami, eccitamenti, comandi, (A. dinamica o conativa). Appercezione tarda, poco netta, specialmente per quanto non risveglia le tendenze dell'individuo, e i suoi desideri e appetiti. Orientamento deficiente riguardo al luogo, ma ancora conservato nelle sue concezioni generali; scarso relativamente al tempo. Coscienza dell'Io notevolmente offuscata e turbata. Grossolana euforia senza alcuna consapevolezza della propria malattia e del proprio stato mentale e sociale. Il ricoverato anzi, nella sua gaia incoscienza e nel suo egocentrismo, ha un alto concetto di sè e delle proprie attitudini fisiche e psichiche: si sente sano, forte, intelligente, capace di qualsiasi lavoro, ecc.

Intelligenza. — Percecezione torpida, ma — a quanto pare — non turbata da errori sensoriali. Potere mnemonico di ritentiva debole; potere di evocazione oltremodo manchevole, incerto, indeterminato, specialmente, nel datare gli avvenimenti narrati. Le amnesie si associano a paramnesie, per cui il soggetto non sa precisare o muta ogni volta, nel narrare i suoi ricordi, non solo le condizioni di luogo e di tempo, ma anche sostanzialmente gli avvenimenti; dimostrando chiaramente — di fronte alle testimonianze scritte e orali — evidenti illusioni della memoria e favoleggiamento (pseudologia fantastica). Si nota una certa rapidità nella ideazione (ideorrea) e talvolta lieve incoerenza con tumulto di parole. Per il contenuto si notano vaghe mutevoli idee deliranti di grandezza e talvolta anche di persecuzione, a intonazione perseverante, ma punto organizzate: il paziente vanta i suoi pregi, le sue parentele ed amicizie cospicue ed altolocate; ha avuto molte avventure galanti, giuocato e perduto forti somme, ecc. Ma, tanto in queste manifestazioni morbose che in tutti i discorsi dell'individuo si nota un'assenza quasi completa dell'autocritica, con gravi errori di logica sia formale che sostanziale, che dànno agli apparenti suoi ragionamenti una spiccata impronta demenziale, accentuata da assenza di sano criterio con incapacità di esprimere giudizi assennati e coerenti.

Affettività. — Tono generale del sentimento elevato, con umore abituale lievemente esaltato ed eccitabile; notevole ed assolutamente infondato ottismo: stato emotivo permanente gaio, con labili emozioni predominanti di gioia e talvola di irascibilità, puerili, illogiche, sproporzionate, come l'ideazione e il contegno del soggetto. Vanità, futuità, egoismo. Vita affettiva povera, scarsa, torpida, superficiale. Sentimenti morali quasi completamente assenti; è notevolissima la deficienza, e direi la cecità nel campo etico-sociale, specialmente riguardo alla proprietà.

Condotta. — Energia volitiva scarsa, fievole, quasi assente, con notevole apatia e indifferenza: attività inibitoria ridotta e insufficiente. Le azioni dell'individuo sono determinate da desideri e appetiti, talvolta anche da impulsioni morbose: si tratta generalmente di atti automatici, istintivi, non di veri e propri atti volontari. Oltre a ciò una grande accessibilità alle auto- ed etero-suggestioni rende l'individuo quasi completamente abulico e lo lascia in balìa dei propri impulsi e capricci.

Nell'attività psicomotoria si nota un'iperattività puerile, vana, inconcludente, che maschera l'oziosità dell'individuo, dovuta, almeno in parte, ad inadattamento ed incapacità ad

un lavoro utile e continuato. Il soggetto è occupato gran parte del tempo a fare, con mollica di pane, con brani di giornali, di carta colorata, di stagnola, di scatole di fiammiferi, con l'alga dei materassi, figure plastiche primitive, con povertà e uniformità di fantasia, quasi stereotipate. Inoltre tendenza al vagabondaggio, alle risse, al mendacio. Si tratta dunque di un carattere squilibrato e bizzarro, una costituzione psichica originariamente anomala e patologicamente morbosa.

Diario consecutivo. — Successivamente allo esposto E. O. le *condizioni fisiche* di salute del ricoverato ebbero un sensibile e progressivo miglioramento; sia dal punto di vista generale che locale: il progressivo decadimento della nutrizione organica, che si era notato antecedentemente, non si verificò più per qualche tempo, anzi si ebbe un evidente, per quanto lieve miglioramento nel metabolismo molecolare; polso meno frequente, meno vuoto, più valido, funzioni digerenti meno turbate, non più ritenzione di orine.

Anche nell'*innervazione* si ebbe una marcata attenuazione soprattuto dei fenomeni atassici, ed anche per quanto in minor grado, di quelli d'insufficienza motrice. Il paziente non più degente in letto, conservava con minor difficoltà la stazione eretta; nella deambulazione come pure nei vari movimenti, anche fini, degli arti superiori erano rilevabilmente diminuite l'asinergia e l'ipocinesia: così l'esame dinamometrico del 7 febbraio dette i seguenti risultati:

M. D.: 27, 34, 28, 27. 25. Media 28.2
M. S.: 29, 29, 32, 24, 25. » 27,8

Anche i tremori divennero meno intensi.

Così pure nel linguaggio articolato e nella scrittura vi fu un dimostrabile miglioramento.

Invece le *condizioni psichiche* dell'infermo vennero progressivamente peggiorando. Egli si fece a poco a poco meno inquieto ed eccitato sin quasi a non presentar più tracce di agitazione psicomotrice. Ma le funzioni psichiche più alte seguirono un processo di continuo invadente decadimento. Le amnesie e paramnesie vennero sempre più aumentando; l'ideazione si manifestò ogni dì più incoerente, scarsa di critica e di raziocinio. Nel campo sentimentale il ricoverato giunse a poco ad uno stato di quasi completa apatia e anaffettività. L'energia volitiva, quasi completamente spenta, veniva sopraffatta dagli appetiti, dagli istinti, e anche da impulsioni morbose (fortunatamente prevenute in tempo dal personale d'assistenza), senza alcun ritegno. Inoltre, ed in apparente contrasto, una sempre più spiccata e demenzialmente illogica euforia senza punto coscienza delle proprie miserevoli condizioni.

In tale stato era ancora l'infermo quando, in seguito a richiesta dell'Amministrazione provinciale di Alessandria (suo domicilio di soccorso), venne trasferito in quel Manicomio.

OSPEDALE AL « POLICLINICO UMBERTO I ».
Decimo Padiglione, diretto dal prof. PENSUTI, primario medico.

Un caso di tabe dorsale curato con salvarsan Ehrlich

per il dott. ANSELMO OSTI, aiuto medico.

Dopo la recensione del lavoro di Klieneberger, apparsa sul num. 13 del *Policlinico*, rendo di pubblica ragione il seguente caso:

M... G..., di anni 34, fabbro, celibe, entra al Policlinico il giorno 27 giugno 1912. Padre morto, madre vivente e sana, una sorella morta a 13 anni di malattia non precisabile, ha tre sorelle e due fratelli vivi e sani. Non è bevitore nè fumatore; ha contratto lues a 19 anni; soffrì di blenorragia non ricorda quando. Nessun'altra malattia degna di nota.

Da quattro anni soffre di dolori lancinanti agli arti inferiori che progressivamente si indebolivano. Per essere sopravvenuti dolori gastrici intensi ed accessionali con vomito circa due anni prima, chiese ricovero al Policlinico dove fu fatta diagnosi di tabe dorsale. Uscì migliorato dopo 4 mesi. Nel dicembre 1911 senza causa apparente apparve ptosi della palpebra superiore destra. L'indebolimento degli arti inferiori si è sempre più pronunciato, accompagnandosi ad atassia che gli rende la deambulazione quasi impossibile; non può stare seduto sul letto essendo atassici i movimenti del tronco e quelli degli arti superiori. Il potere visivo è diminuito, ed accusa ipoacusia destra. Persistono i dolori lancinanti agli arti inferiori; non ha cefalea nè vertigini. Dopo l'ingestione dei cibi ha dolori addominali a cintura; non ha vomito; ha sete intensa. Perde le urine, che sono torbide, e la cui emissione è accompagnata da bruciore. Non perde le feci. Da tre anni non ha più lo stimolo sessuale.

Esame obbiettivo. — 28 giugno 1912. Costituzione scheletrica regolare, cute e mucose visibili pallide, pannicolo adiposo scomparso, masse muscolari flaccide e sottili. Assenza di edemi; stazioni glandolari linfatiche ingorgate.

Torace: allungato; prevalenza del diametro antero-posteriore sul diametro trasverso;

fosse sopra e sotto-clavicolari evidentissime, spazi intercostali ampli; angolo del Louis evidente, angolo epigastrico acuto, scapole alate. Fremito vocale tattile e palpazione del torace negativi. Alla percussione limiti del polmone ed espansione di esso normali: riduzione di suono leggiera nella regione sopraspinosa di sinistra. All'ascoltazione rantoli ispiratori a piccole bolle nella regione sopra e sottospinosa di sinistra e nella regione interscapolo-vertebrale.

Apparato circolatorio. — Nulla di speciale alla ispezione e palpazione della regione cardiaca; limiti del cuore normali; toni netti. Arterie periferiche lievemente indurite. Azione cardiaca regolare.

Apparato digerente. — Lingua impaniata; fauci normali.

Addome. — Nulla di speciale all'ispezione e alla palpazione. Fegato e milza nei limiti normali.

Esame del sistema nervoso. — Notevole atrofia di tutti i muscoli. Assenza di tremori, di movimenti coreici, atetosici, di contrazioni fibrillari. La loquela è normale. Movimenti dei bulbi oculari e palpebrali normali: impossibili i movimenti di elevazione della palpebra superiore dell'occhio destro. Deambulazione impossibile: presente il sintoma di Romberg. Movimenti degli arti superiori e del tronco lievemente atassici. Notevolissima atassia dei movimenti degli arti inferiori.

Sensibilità tattile e dolorifica normale. Abolito il senso del freddo in entrambi gli arti inferiori dal ginocchio in giù. Senso di movimento passivo e di posizione alterato.

Esame del fondo dell'occhio. — Lieve scoloramento della pupilla. Campo visivo uniformemente ristretto d'ambo i lati.

Udito lievemente diminuito d'ambo i lati per lieve otite media catarrale bilaterale. Nulla di speciale per il senso dell'olfatto e del gusto.

Esame dei riflessi. — Riflesso cremasterico persiste; riflessi addominali assenti. Riflesso faringeo assente. Riflessi patellari e achillei assenti. Non clono del piede, non clono della rotula, non Babinsky, non Oppenheim. Presenti i riflessi del medio. Pupille disuguali non reagenti alla luce, nè all'accomodazione. Intelligenza integra.

Esame delle orine. — Torbide, alcaline; lieve albuminuria, zucchero assente; nel redimento corpuscoli di pus.

Riassunto di diaria. — Dal giorno 27 giugno al giorno 9 luglio l'infermo presentò dolori addominali intensi, stitichezza, e dolori lungo il rachide, e negli arti superiori ed inferiori. Il giorno 9 luglio gli viene praticata una iniezione endovenosa di salvarsan di 30 centigrammi, seguìta nella sera stessa da vomito e da lieve diarrea nei giorni seguenti. Non si osserva nessun fatto degno di nota fino al giorno 19 luglio nel quale viene fatta una seconda iniezione endovenosa di salvarsan di 30 centigrammi. L'inlezione è seguìta nella sera da febbre (38°.3) subito caduta; da vomito e brividi intensi. Somministrando alcalini il vomito cessa. Le iniezioni endovenose non poterono essere ripetute fino al giorno 16 agosto. I disturbi vescicali si accentuarono, essendo apparso tenesmo, ed essendosi esacerbato il bruciore nella minzione, che cedettero di poco a larghe somministrazioni di elmitolo ed a lavande vescicali di permanganato. L'anoressia si fece intensissima, apparve vomito frequentissimo e defecazione irregolare. Dolori epigastrici quasi continui e con essi dolori lancinanti che gli toglievano il sonno. A ciò si aggiunga febbre, a decorso irregolarissimo insorgente quasi sempre senza brivido, di rado superante i 38 gradi. La reazione del Widal riuscì negativa. Cessata la febbre con salolo e lattofenina, mitigati i disturbi addominali con clisteri di acido tannico, e quelli vescicali nel modo suddetto, il giorno 19 agosto si procede ad una iniezione endovenosa di 40 centigrammi di salvarsan. Ad essa non seguì nessun disturbo nè alcun fatto degno di nota fino al giorno 27 agosto. Si ripete la iniezione endovenosa di salvarsan (40 centigrammi). Segue vomito e sete intensa, che si calmano con clisteri di bicarbonato e bevande di magnesia. Il giorno 2 settembre vengono nuovamente iniettati nelle vene 40 centigrammi di salvarsan.

Il giorno 15 settembre l'ammalato annuncia che i dolori lancinanti da vari giorni non sono più riapparsi; può mettersi a sedere e servirsi degli arti superiori, i cui movimenti non sono più assolutamente atassici. Il giorno 22 settembre appaiono lievissimi movimenti di elevazione nella palpebra destra. Nello stesso giorno gli si iniettano nelle vene 60 centigrammi di Salvarsan. Segue febbre alta (39°.2) e vomito, calmati con clisteri di bicarbonato di soda. Persiste l'anoressia la quale migliora con giornalieri 40 centigrammi di tannato di oressina. Il giorno 26 settembre può scendere dal letto e mantenersi nella posizione eretta, e il giorno 2 ottobre appoggiandosi agli infermieri può muovere qualche passo. Il giorno 7 ottobre vengono iniettati sempre nelle vene altri 60 centigrammi di salvarsan; tranne lieve vomito non appare alcun disturbo. Il giorno 8 ottobre sente lo stimolo ad orinare, ed il giorno seguente riesce a muovere qualche passo *da solo.* Il giorno 15 ottobre si ripete l'iniezione endovenosa di 60 centigrammi di salvarsan. L'infermo ebbe vomito e senso notevole di debolezza. Il giorno 18 ottobre orina da solo. Questo fatto non è però permanente, ripetendosi ogni tanto, benchè mitigati, i disturbi vescicali. L'infermo è notevolmente migliorato nello stato generale, l'andatura gli è permessa benchè atassica.

Non si sono verificati in lui i fatti dei quali vari autori hanno accennato, come sarebbe il riapparire dei riflessi patellari; e il migliora-

mento della ptosi della palpebra superiore destra fu soltanto di lieve grado. Avemmo in lui solamente la scomparsa delle crisi gastriche e dei dolori lancinanti; resa possibile, benchè in lieve grado, la deambulazione, e possibili del tutto i movimenti del tronco e degli arti superiori, e si mitigarono in lui i disturbi vescicali. Date le condizioni gravi nelle quali fu ricoverato all'ospedale, quanto si ottenne è tale da incoraggiare sempre il tentativo di curare la tabe dorsale col salvarsan, a dosi massive, come dimostra la storia clinica che riferisco.

Nulla posso dire riguardo il mantenersi o no della conseguita miglioria, essendosi l'infermo dimesso spontaneamente dall'ospedale il giorno 26 ottobre 1912, e avendolo io quindi perduto di vista.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica dell'8 maggio.

A. Busi (direttore Gabinetti di Rontgenologia Ospedale Maggiore e Clinica medica). Mostra e discute numerose *radiografie dell'appendice*.

D. Dagnini (docente di patologia e primario medico all'Ospedale Maggiore). *Sopra un caso di bradicardia da dissociazione atrio-ventricolare.* — L'O. si occupa, *in questa prima comunicazione*, dei vari tipi che assume il polso venoso secondo il momento nel quale cade la contrazione degli atrii rispetto a quella dei ventricoli. Mostra diverse curve raccolte in una sua malata sulla giugulare e sull'apice cardiaco, nelle quali si osserva che l'intervallo fra le pulsazioni auricolari corrisponde alla metà di quello decorrente fra le sistoli ventricolari; di guisa che nel tracciato venoso l'elevazione dell'atrio si ripete, con vicenda alterna, in modo perfettamente regolare.

Tale alternativa è costituita, in alcune curve, da una pulsazione atriale presistolica e da una pulsazione all'inizio della pausa diastolica del cardiogramma; in altre da una pulsazione mesosistolica e da una pulsazione nella parte media della pausa; in altre infine da un'elevazione protodiastolica e da un'elevazione corrispondente all'ultimo terzo della pausa.

Alla descrizione di questi diversi tipi regolari del polso venoso, l'O. fa seguire l'analisi di curve più complesse determinate dall'essere le contrazioni degli atrii più frequenti o più lente di quello che non fossero nei tracciati regolari, dimostrando come i vari tipi di pulsazione dianzi esaminati, si riproducano isolatamente in maniera tale che ciascun battito della vena, secondo che coincida coll'una o coll'altra parte della sistole, o della diastole ventricolare, acquista i caratteri osservati nelle curve ritmiche precedentemente descritte.

Si costituiscono così dei cicli di pulsazioni di forma irregolare in rapporto col momento diverso nel quale accadono le singole contrazioni dell'atrio, con questo però che, essendo regolarissimo l'intervallo fra i movimenti delle rispettive sezioni, auricolare e ventricolare, del cuore, dopo una serie più o meno lunga di battiti venosi di varia forma ed ampiezza, la serie si ripete con successione identica dei singoli tipi di pulsazione di cui il precedente ciclo è formato.

Dott. Guido M. Piccinini.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria dell'11 maggio 1913.

E. Truzzi. *Intorno ad un nuovo metodo di taglio cesareo (Sectio caesarea cervicalis posterior).* — È noto come, in relazione ai quotidiani progressi della chirurgia addominale, si vadano apportando alla tecnica del taglio cesareo, per quanto operazione antichissima, incessanti innovazioni. Oggi il programma delle medesime è inteso a permettere che l'importante atto operativo possa essere praticato, anche nei casi di dubbia asetticità del cavo uterino. Mirano a questo intento gli odierni processi di taglio cesareo extraperitoneale, però passibili di molte critiche. Più razionale e più pratico sembra il metodo ideato nel 1911 dal prof. Polano della Clinica Ostetrica di Würzburg, il quale, risuscitando una proposta analoga fatta dal Colinstein nel 1881, consiglia di praticare l'incisione uterina sulla parete posteriore inferiore dell'utero, cioè in corrispondenza ad una regione, dove notoriamente il peritoneo è assai più resistente alle infezioni che non nella restante sua superficie. Sono pure vantaggi particolari di questo metodo la minore tendenza ad aderenze pericolose utero-intestinali; la facilità di applicazioni di efficace drenaggio, la possibilità d'una diretta compressione dell'aorta addominale, in casi di emorragia durante l'atto operativo.

Nella Clinica di Padova, la prima in Italia dove si sia messa ad esperimento questa proposta, vennero praticati, dal 14 dicembre 1911 ad oggi, undici tagli cesarei col metodo Polano; ed i risultati favorevoli costantemente ottenuti autorizzano a pensare che il medesimo possa avere una ulteriore e definitiva sanzione nel campo clinico.

A. Dian.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla trasmissione della sifilide col latte di donne sifilitiche.

La questione che soprattutto ha interessato i sifilografi è quella della infettività del latte di donne sifilitiche: si è cercato di risolvere il problema in base ad osservazioni cliniche e a dati sperimentali. Questi cominciano ad aver valore solo in questi ultimi anni dopo la scoperta della spirochaeta pallida e dopo gli studi sulla trasmissione della sifilide agli animali. Fino ad ora non si è riusciti a trovare la spirochaeta nel latte di di donne sifilitiche: l'Uhlenhut ed il Mulzer sono però riusciti a provocare colla inoculazione di latte di donna sifilitica sifilomi tipici nel testicolo del coniglio.

Dalle esperienze degli AA. risulta che non ogni latte di donna sifilitica è capace di trasmettere la sifilide: però anche il latte di donna sifilitica senza manifestazioni in atto può essere infettivo.

L'importanza pratica di queste osservazioni risulta soprattutto dal fatto che la conclusione razionale di esse è che ogni donna con reazione di Wassermann positiva deve essere esclusa dall'allattamento di bambini sani.

La penetrazione del virus nel circolo potrà avvenire attraverso qualche lesione di continuo della mucosa orale, però non è escluso che possa verificarsi anche attraverso lo stomaco. A questo proposito sono state intraprese dagli autori ricerche sull'azione del succo gastrico sugli spirocheti, venendo alle conclusioni che il succo gastrico in forte concentrazione rende gli spirocheti immobili.

P. A.

CASISTICA.

Albuminuria familiare d'origine sifilitica.

Castaigne (*Le Bulletin Médical*, 26 marzo 1913) ricorda che molti autori hanno casualmente osservato dei casi di albuminuria familiare e li hanno descritti a semplice titolo di curiosità.

Constatazioni analoghe più volte ha potuto fare il Castaigne e, ricercandone l'etiologia, ha accertato che spesso questi casi debbono essere ascritti alla sifilide ereditaria. La conoscenza dell'etiologia naturalmente porta ad un trattamento terapeutico causale, che solo può essere efficace.

In 16 casi di albuminuria familiare, l'A. ha osservato quattro di origine luetica, nei quali la diagnosi, sospettata o conosciuta per caso, fu accertata mediante la reazione di Wassermann.

Le cure mercuriali valsero a fare ottenere rapidamente la scomparsa dell'albuminuria, che si era mostrata ribelle ad ogni sorta di trattamento.

L'A. insiste sulla frequenza dell'albuminuria familiare, e raccomanda di ricercarla tutte le volte che si sia chiamati a curare un bambino albuminurico, anche se in questo si tratti di nefrite acuta, anginosa, scarlattinosa, ecc. Non tutte queste forme di albuminuria familiare sono d'origine sifilitica.

Quali i caratteri che dovranno far pensare alla specificità della loro etiologia?

Esse sono apparentemente benigne, tanto più quanto più è giovane il bambino. Nessun altro sintoma di brightismo accompagna l'albuminuria. E come nessun fenomeno esiste che faccia pensare alla presenza d'una albuminuria clinicamente latente, così nella maggior parte dei casi l'assenza di stigmate di lue ereditaria non farebbe sospettare la specificità dei piccoli soggetti in esame. L'A. raccomanda di eseguire egualmente in questi casi la reazione di Wassermann, e di estenderla ai loro genitori se nella storia di questi non si riscontrino precedenti sicuri d'infezione luetica.

In questi bambini la reazione di Wassermann è meno spesso positiva che nei loro genitori: è noto che nella sifilide ereditaria la R. W. è spesso negativa.

In due di questi bambini albuminurici, nei quali la W. R. era negativa, l'A. l'ha trovata positiva dopo che li ha sottomessi alla cura mercuriale.

La reazione di Wassermann prima o dopo il trattamento mercuriale e la scomparsa dell'albuminuria in seguito al trattamento medesimo dimostreranno chiaramente la natura specifica del fenomeno.

L'A. ha osservato inoltre in due casi che l'albuminuria si è aggravata in seguito al trattamento mercuriale.

Per spiegare questi fatti, l'A. afferma anzi tutto che le albuminurie sifilitiche ereditarie sono abitualmente benigne, in armonia con ciò che l'anatomia patologica ci dimostra: raramente si riscontrano i treponemi nei reni delle prime età: le nefriti sono essenzialmente superficiali e parcellari.

Tuttavia esiste in questi casi nella glandola renale una vera tara organica, che costituisce una

speciale causa di debolezza dell'organo, per la quale in esso si localizzeranno le infezioni e vi porteranno danni speciali le intossicazioni che eventualmente potranno colpire i piccoli soggetti. In uno dei due casi dell'A. si era avuta la scarlattina e nell'altro un'intossicazione saturnina.

Le albuminurie familiari eredo-luetiche sono dunque benigne e facilmente cedono alla cura mercuriale. Ma quando ad esse si aggiungono altre cause d'infezione o d'intossicazione, la cura specifica non potrà avere nessun risultato favorevole.

P. S.

Le tracheo-bronchiti della sifilide secondaria e loro diagnosi differenziale con la tubercolosi.

E. Sergent (*Journal des Praticiens*, 19 aprile 1913) osserva che l'esistenza della tracheo-bronchite del periodo secondario della sifilide è negata da alcuni sifilografi, da altri è ritenuta frequente.

È facile constatare che in tutti i casi in cui esistano segni di laringite sifilitica secondaria, quasi di regola si ha pure la tracheo-bronchite, che di solito passa inosservata perchè i fenomeni laringei prevalgono.

Secondo le statistiche del Fournier, dal 3 al 4 % dei casi i sifilitici presentano la laringite: da queste stesse cifre viene con approssimazione calcolata la percentualità della tracheo-bronchite.

È difficile però dimostrare all'evidenza la natura specifica luetica della tracheo-bronchite, che risulterebbe chiara soltanto se al reperto semeiologico dei sintomi bronchiali si potesse aggiungere il reperto microscopico delle spirocheta pallida nell'esame dell'espettorato.

In molti casi bisogna riconoscere che le manifestazioni tracheo-bronchiali son dovute ad un risveglio d'una tubercolosi latente causato dalla infezione sifilitica sopraggiunta.

Dal punto di vista anatomo-patologico, si possono distinguere due forme principali: le *placche mucose tracheali* che in generale accompagnano quelle del laringe, e l'*iperemia semplice* della mucosa tracheo-bronchiale, dovuta alla confluenza di numerose macule rosee o violacee che dànno scarso essudato, e somigliano all'angina eritematosa sifilitica.

Dal punto di vista clinico, si distinguono due forme: la *forma iniziale* precoce acuta, che ha luogo all'inizio del periodo secondario e si evolve in pochi giorni, ed una *forma tardiva* subacuta o cronica, che si ha parecchi mesi dopo il contagio e decorre sotto forma di recidive successive che possono ripetersi all'infinito.

1ª *Forma iniziale.* — Nella sifilide ereditaria precoce sono frequenti le localizzazioni nelle vie respiratorie superiori: la corizza è quasi costante: la maggior parte dei neonati sifilitici muoiono con fenomeni bronco polmonari: in questi casi si avrebbe un enantema confluente sulla mucosa delle vie respiratorie.

A questa rino-tracheo-bronchite dei neonati sifilitici corrisponde la forma iniziale della tracheobronchite degli adulti. Questa, per la sua minore violenza, può essere paragonata all'enantema della roseola, colla quale di solito si accompagna o la precede. E' accompagnata da febbre, dispnea, e malessere generale.

Potain mette in rilievo la predisposizione alla tubercolosi che la tracheo-bronchite sifilitica stabilisce.

L'A. riferisce una sua osservazione clinica personale, che riassumiamo per il suo decorso caratteristico ed interessante.

Una donna di 48 anni, circa un mese dopo la comparsa del sifiloma iniziale, si presenta all'ospedale Necker con sintomi di bronchite acuta, con febbre, tosse ed espettorato muco-purulento abbondante. Pochi giorni dopo apparve una eruzione maculo-papulosa confluente, con placche mucose della bocca, vulva, ano e congiuntiva. La ricerca del b. di Koch fu sempre negativa; non aveva nessun precedente anamnestico tubercolare. Alla 10ª iniezione di benzoato di mercurio, i sintomi bronchiali già erano scomparsi, mentre s'attenuavano le eruzioni della cute e delle mucose.

Questa osservazione presenta tutti gli elementi che caratterizzano l'evoluzione clinica della tracheo-bronchite secondaria precoce.

Se ne distinguono due varietà: la *forma tracheale* associata a fenomeni laringei, e la *forma bronchiale*.

Questa di solito precede la comparsa della roseola, e si ha nei casi di eruzioni cutanee e mucose molto abbondanti e confluenti. Essa esige un pronto intervento terapeutico, perchè costituisce frequentemente una porta d'ingresso all'infezione tubercolare. Essa cede rapidamente al trattamento mercuriale, senza bisogno di balsamici o d'altri medicamenti.

2ª *Forma tardiva.* — Il Barthélemy, che l'ha descritta per il primo nel 1905, la paragona alla glossite sifilitica secondaria, caratterizzata da placche mucose recidivanti sempre nella stessa sede.

Anche la bronchite secondaria tardiva dimostra speciale tendenza alle recidive; ha una durata media dai cinque mesi ai tre anni, con intervalli più o meno duraturi. È caratterizzata dalla presenza di placche mucose che son la causa della persistenza della infiammazione bronchiale.

È molto rara: Barthélemy l'ha osservata 8 volte in 25 anni.

Nei due casi osservati dall'A., le recidive erano favorite dall'uso del tabacco.

Barthélemy insiste sulle cattive condizioni generali di questi pazienti, che fan pensare alla tubercolosi. Si tratta difatti di soggetti deboli, anemici, più o meno astenici, che soffrono d'oppressione e dolori puntori al petto, febbricitano, hanno tosse ed espettorato muco-purulento abbondante o sanguinolento, e a volte vere e proprie emottisi. All'ascoltazione si riscontra la presenza di rantoli bronchiali, più abbondanti agli apici. Bacillo di Koch assente.

I comuni medicamenti della bronchite sono inefficaci, al contrario dei preparati mercuriali. I preparati iodici invece aggraverebbero l'infiammazione tracheo-bronchiale.

Queste tracheo-bronchiti tenaci frequentemente aprono la porta all'infezione tubercolare. Non di rado portano alla formazione dell'enfisema polmonare che, insieme col catarro bronchiale cronico, può dar luogo a gravi stenosi tracheo-bronchiali del periodo terziario.

In tutti i casi di stenosi tracheale terziaria, si apprenderà facilmente da un esame anamnestico che in un periodo più o meno lontano i pazienti hanno avuto segni evidenti di tracheo-bronchite cronica.

Dal punto di vista dottrinale in molti casi è molto difficile l'accertamento della natura specifica luetica di queste tracheo-bronchiti tardive. Spesso, come si è detto, l'infezione tubercolare latente si risveglia sotto l'influenza dell'infezione luetica.

Le forme di tracheo-bronchiti che si osservano nel corso della sifilide secondaria non sono sempre fatalmente veri accidenti sifilitici: possono essere bronchiti banali od aver rapporti più o meno diretti con la tubercolosi, sia che esse aprano la porta all'infezione tubercolare per la lunga durata della lesione, sia che esse siano dovute ad un risveglio del processo tubercolare latente.

In rapporto a questi fatti, bisogna distinguere le tracheo-bronchiti secondarie precoci acute, da quelle tardive subacute.

Nelle forme iniziali non è dubbia la natura sifilitica: l'esantema e l'enantema si accompagnano e cedono insieme all'azione dei preparati mercuriali.

Nella forma tardiva recidivante la parte spettante alla tubercolosi è forse più notevole di quanto ammettesse il Barthélemy. È possibile che essa sia dovuta alla eruzione di placche mucose recidivanti; ma per questo essa costituisce pure una via d'ingresso sempre aperta all'infezione tubercolare. Inoltre, in genere l'anamnesi di questi pazienti è sospetta di infezione tubercolare.

Non devono meravigliare i risultati terapeutici favorevoli dei preparati mercuriali: la tubercolosi nei sifilitici quasi sempre risente con vantaggio l'azione del mercurio.

Secondo l'A., in generale queste tracheo-bronchiti tardive son dovute ad un risveglio della tubercolosi latente: le osservazioni finora pubblicate, nella quasi totalità dei casi, presentano nell'anamnesi precedenti tubercolari o sospetti o tubercolosi (pleuriti, emottisi, bronchiti ripetute).

P. SABELLA.

TERAPIA.

La cura della tubercolosi nei sifilitici.

Ricord già da tempo pensava che tra sifilide e tubercolosi più che vera coesistenza accidentale, esisteva una vera combinazione, e il suo concetto aveva espresso con un termine imprestato dalla chimica lo « scrofulato di sifilide ».

Molti AA. poi hanno riconosciuto peculiarità nella predisposizione, nel decorso, nella forma che le due malattie associate assumono; allo stato attuale delle cose nozioni importanti e bene accertate si conoscono:

a) l'eredo-sifilide crea uno stato distrofico particolarmente favorevole allo sviluppo della tubercolosi, determinando quasi un vero terreno d'elezione;

b) la sifilide che s'impianti in un tubercoloso, anche se la tubercolosi aveva decorso lento, ne aggrava e precipita l'evoluzione; tuttavia bisogna notare a proposito di tale legge generale che il momento particolarmente più dannoso è il momento dell'associazione: se il malato riesce a superare il primo periodo, la sifilide ha poi piuttosto un'influenza favorevole sull'evoluzione della tubercolosi, poichè tende a sclerosare la lesione;

c) la tubercolosi che sopravviene in un sifilitico presenta un momento pericoloso, sopratutto se essa s'inizia insieme con l'accidente iniziale o con le prime manifestazioni secondarie. Minore è il danno se la tubercolosi scoppia alla fine del periodo secondario o nel periodo terziario: essa assumerà carattere piuttosto fibroso. Sergent giunge al punto di ritenere come sospetti di sifilide quei tubercolosi in cui predominano le lesioni a tipo fibroso.

La spiegazione di tali constatazioni cliniche si può dare seguendo le conoscenze sul ricambio di tal genere di malati, e specialmente facendo tesoro delle ricerche di Ferra.

Questi ha dimostrato che nel periodo dell'accidente iniziale e sopratutto delle manifestazioni secondarie, il sifilitico si demineralizza; il suo organismo s'impoverisce in fosforo, in calcio, in magnesio, in ferro e in sostanze organiche, l'eliminazione giunge fino al doppio di quel che oc-

corre nell'uomo normale; tale conclusione delle ricerche chimiche era stato intuito dagli antichi chimici i quali (Astruc) consigliavano di ben nutrire i sifilitici specie con carne abbondante.

Nel terzo periodo invece la sifilide non esercita più sull'organismo alcuna influenza demineralizzante l'incendio a poco a poco si spegne da sé.

Or se il sifilitico nei periodi primi della sua malattia diviene tubercoloso, si comprende facilmente la ragione dell'influenza nefasta, se si pensi che la tubercolosi è anche essa demineralizzante, e perfino la cura specifica mercuriale agisce nello stesso senso.

Per la cura bisogna ricordarsi che le due malattie devono essere trattate ciascuna con la propria cura, evitando però tutto ciò che può costituire causa di danno sulla malattia coesistente.

1° Per la tubercolosi nulla si dovrà mutare per quel che riguarda l'alimentazione, l'igiene, la medicazione antisettica diretta, la revulsione con applicazioni jodiche o con ventose.

Ma bisogna evitare ogni pratica che può esercitare azione congestizia sui focolai tubercolari, vescicatorî, cauterizzazioni, le cure tubercoliniche, ecc. I medicamenti di risparmio come l'olio di fegato, i preparati tannici, arsenicali, le polvere da remineralizzazioni a forti dosi sono invece da consigliare.

2° Nella cura della sifilide in tubercolosi non si può fare a meno del mercurio, sebbene esso sia demineralizzante: il mercurio però deve essere associato all'arsenico e a polveri remineralizzanti; il mercurio si somministrerà per iniezioni sotto forma di benzoato. Si proscriveranno gli joduri, capaci di determinare vive reazioni a livello dei focolai tubercolari polmonari.

Il salvarsan non ha indicazione precisa, ma l'A. l'usa in tutti i casi di sifilide grave a rapido decorso o di tubercolosi manifestamente aggravata dalla sopraggiunta sifilide.

(A Robin. *Jour. des Pratic.*, 31 maggio 1913).

PONTANO.

La cura della sifilide nella donna gravida.

Plicque (*Le Bullettin médical*, 22 marzo 1913) osserva che il trattamento della sifilide nel corso della gravidanza è per il feto questione di vita o di morte nella maggior parte dei casi: se esso non è precoce ed intenso, il feto è quasi sempre colpito da sifilide ereditaria.

Non meno utile è alla madre il trattamento curativo; la mette al sicuro dagli accidenti che spesso accompagnano l'espulsione del feto morto e macerato, la preservano dalle forme gravi di sifilide nervosa e renale che non sono rare dopo la gravidanza, la difendono dalla sifilide indiretta o concezionale.

La cura mista iodio-mercuriale ha dato sempre risultati molto buoni. Secondo tentativi recenti si avrebbero risultati terapeutici ancora migliori dall'uso del salvarsan per via endovenosa.

Secondo Jeannin il trattamento specifico durante la gravidanza è indicato:

1° nelle donne affette da sifilide già prima della gravidanza;

2° nelle donne che hanno contratto la sifilide nel momento della fecondazione o durante la gravidanza;

3° nelle donne incinte apparentemente sane, fecondate da un uomo sifilitico;

4° nelle donne incinte apparentemente sane e fecondate da un uomo che non presenti segni di sifilide, le quali presentino accidenti ostetrici attribuibili alla sifilide (aborti ripetuti, nati morti, feti macerati e prematuri, ecc.).

Due cucchiaiate di sciroppo di Gibert al giorno costituiscono una buona cura mercuriale nella sifilide della gravidanza (per ogni cucchiaio da zuppa: 0.01 di biioduro di mercurio e 0.50 di ioduro di potassio).

Milian ha vantato l'efficacia degli ovuli vaginali al mercurio (burro di cacao gr. 2, unguento napoletano gr. 1): l'assorbimento è molto attivo, tanto che bisogna sorvegliare la comparsa della stomatite mercuriale.

Come avverte Jeannin, il miglior metodo di somministrazione del mercurio e sempre quello delle iniezioni sottocutanee (di bicloruro, di biioduro, di benzoato di mercurio, ecc.). Non vanno tralasciati poi i preparati iodici.

Malgrado la cura mercuriale o mista, il prodotto della concezione è stato espulso morto od è morto rapidamente dopo la nascita nel 74.54 % dei casi; e fra i sopravvissuti nel 10.18 % dei casi si sono avute manifestazioni specifiche nei primi periodi della vita.

Jeanselme, Vernes e Bloch hanno cercato di aver risultati più completi dall'uso del salvarsan, cercando di evitarne le reazioni violente delle dosi massive, mediante il frazionamento e la ripetizione delle dosi stesse. Ad ogni inferma in media fanno da 5 a 6 iniezioni, una ogni settimana, da 0.20 a 0.30 a 0.40 ctgr. di salvarsan. La dose totale adoperata è stata da gr. 1.80 a gr. 2.40. Gli AA. non hanno mai avuto a lamentare incidenti notevoli.

I risultati ottenuti sono stati di molto superiori a quelli del trattamento classico. Somministrato in dosi piccole e ripetute, il salvarsan è stato ben sopportato ed efficace per la madre, molto l'utile al feto.

P. S.

Il salvarsan nella cura della corea del Sydenham. Corea e sifilide ereditaria.

Due nuove questioni rinnovano il capitolo delle nostre conoscenze sulla patogenesi della corea del Sydenham: la sua cura coi nuovi preparati arsenicali dell'Ehrlich, e i suoi rapporti con la sifilide eseditaria. Se ne occupa il dott. Fiore nelle *Riviste Sintetiche* del *Morgagni* (15 giugno 1913): ne riportiamo le conclusioni.

Le iniezioni intramuscolari ed endovenose di salvarsan si sono finora mostrate di azione pronta ed efficace nella corea del Sydenham (si praticano da 3 a 4 iniezioni in un mese); si dovrà quindi ricorrere ad esse in tutti i casi gravi ed ostinatamente ribelli e recidivanti.

Un tale criterio terapeutico non è però sufficiente per affermare che la corea del Sydenham dipenda dalla sifilide ereditaria, perchè altri criteri eziologici clinici anatomo-patologici depongono contro una tale ipotesi, affermata in maniera molto decisa dal Millian nel *Bull. Soc. méd. des Hôp.* del 28 giugno 1912.

Si deve però ammettere che in alcuni casi la eredosifilide cerebrale può dare quadri clinici nei quali le manifestazioni coreiche hanno una parte preponderante.

Alla eredità sifilitica si deve dare grande importanza quale causa preponderante per la corea del Sydenham, come per tutte le affezioni del sistema nervoso.

Ciò naturalmente non esclude l'influenza che altre cause infettive o tossi-infettive hanno nella determinazione di questa speciale sindrome nervosa. P. S.

NOTE DI TECNICA.

Iniezioni intravenose di neosalvarsan in soluzioni concentrate.

Il nuovo metodo d'iniezione intravenosa di neosalvarsan in soluzioni concentrate è dovuto al Ravaut, degli ospedali di Parigi.

L'A. studiava la questione della soppressione e del cloruro di sodio e delle impurità dell'acqua, in cui veniva ad essere sciolto il neosalvarsan, elementi ai quali d'ordinario si potevano attribuire i rari, ma pur sempre noiosi incidenti. Egli intanto notò che mentre il neosalvarsan in acqua distillata e al riparo dall'aria dopo 24 ore si mostrava limpido, in soluzione in acqua cloruro-sodica, invece, e nelle medesime condizioni, il medicamento subiva alterazioni e la soluzione diveniva torbida.

D'altra parte, sciogliendo il neosalvarsan in 200 cmc. d'acqua distillata e mettendo tale soluzione con sangue umano, egli trovava che il sangue subiva rapida emolisi, e la soluzione non si addimostrava quindi atta ad essere iniettata per la via delle vene.

L'A. allora (*Presse méd.*, 1° marzo-2 aprile 1913) provò a diminuire la dose di acqua distillata e saggiando il potere emolitico delle varie soluzioni di neosalvarsan giunse alla conclusione che soluzioni di 0.45-0.60 neosalvarsan in 10 cmc. di acqua distillata di 0.75-0.90 in 15 cmc. d'acqua distillata non dànno emolisi.

Incoraggiato da tale risultato provò il rimedio così disciolto in soluzione concentrata e nessun inconveniente ebbe mai a notare in 184 iniezioni praticate su 47 malati; chè anzi fu possibile nella medesima vena praticare ben sei iniezioni di neosalvarsan.

L'A. proposto il metodo, che evita difficoltà tecniche di strumentario, di preparazione, di tempo, l'ha in seguito perfezionato, sì che ridotto ai termini precisi così esso si può riassumere:

Si procede alla legatura, con un comune tubo di caoutchouch, del braccio del malato, si disinfetta la pelle e si procede alla preparazione del medicamento. La soluzione di esso può essere fatta sia nel flacone che contiene l'acqua, versandovi la polvere di neosalvarsan ed agitando, sia versando l'acqua in un'ampolla in cui vi è prima deposto il neosalvarsan.

La quantità d'acqua da impiegare può essere ridotta ad 8-10 cmc. per 0.90 di neosalvarsan senza inconvenienti. Per aspirare la soluzione nella siringa, l'A. si serve d'un piccolo apparecchio di vetro, un tubo di circa 6 cm., che s'adatta alla siringa, provvisto di garza sterile: tale pratica è necessaria per impedire che delle particelle di vetro o di medicamento indisciolto o altre impurità penetrino nella siringa.

Si sostituisce l'ago, si leva l'aria accuratamente e si pratica l'iniezione intravenosa in 15 o 20 secondi.

L'attuale esperienza dell'A. giunge a 420 iniezioni senza il menomo incidente. PONTANO.

NB. — Tale comoda pratica del Ravaut ho adottato nella pratica corrente, nel servizio ospedaliero. Ho sostituito al tubo-filtro un filtro comune di carta bibula sterilizzata con imbutino di vetro.

Numerose iniezioni praticate in diversi ammalati e nello stesso malato non dànno accidenti di sorta. Però bisogna essere bene oculati nella tecnica delle iniezioni intravenose, perchè, se anche poche goccie vengono a contatto del sottocutaneo, si producono processi infiammatori e necrotici locali assai dolorosi e che per lungo tempo destano nel malato un doloroso ricordo delle iniezioni. P.

Sulla tecnica della reazione di Wassermann nella medicina interna.

Se ne occupa E. Steinitz nella *Medizinische Klinik*, 1912, n. 45. Per ottenere in medicina interna risultati sicuri e conclusivi dalla reazione di Wassermann è necessario adoperare il siero allo stato attivo ed inattivo. Perciò oltre il metodo originale si raccomanda l'uso del metodo modificato da Stern.

L'estratto deve essere sempre controllato ed il metodo deve essere praticato non nei soli casi dubbi ma in generale, per avere in questo modo in controllo continuo dell'estratto.

Le reazioni parziali bisogna sempre vagliarle con circospezione.

Nei gravi stati morbosi con accentuati fenomeni da stasi la reazione può essere chiaramente positiva, e dubbia in casi di arteriosclerosi, tubercolosi avanzata, pneumonite, diabete, ittero, anche quando la sifilide possa quasi sicuramente escludersi. Ciò non pertanto la importanza diagnostica della reazione non è menomata; solo ci si deve abituare a considerarla come un mezzo diagnostico decisivo non per sè solo, ma in relazione al reperto clinico.

Nelle gravi cachessie la reazione di Wassermann non ha importanza alcuna, poichè in tali stati essa può essere positiva in individui non sifilitici, come negativa in individui certamente sifilitici.

Il liquido cefalo-rachidiano dà una reazione di Wassermann positiva quando esiste una malattia luetica o postluetica del sistema nervoso centrale. DRAGOTTI.

Una modificazione del metodo di colorazione della spirocheta pallida mediante il nitrato d'argento ammoniacale.

1° Si diluisce sul vetrino il materiale da esaminare con una goccia d'acqua e si lascia asciugare all'aria.

2° Per fissare e disemoglobinizzare il preparato, si versano poche gocce della seguente soluzione, che si rinnovano parecchie volte per la durata di un minuto: acido acetico 1 cmc., formalina al 40 % 2 cmc., acqua distillata 100 cmc.

Quand'anche il materiale da esaminare sia costituito da siero privo di sangue, è indispensabile trattarlo con questa soluzione di Huges, per ottenere un fondo poco od affatto colorato sul quale far risaltare nettamente il treponema.

3° Lavaggio del preparato ad acqua corrente per alcuni secondi e poi colorazione a caldo fino ai primi vapori per circa 20 secondi con poche gocce della soluzione seguente: acido carbolico gm. 1, acido tannico gm. 5, acqua distillata gm. 100.

4° Si aggiungono poche gocce della seguente soluzione: nitrato d'argento gm. 0.25, acqua distillata gm. 100, ammoniaca liquida q. s. Si riscalda debolmente per 20-30 secondi, poi si lava e si asciuga con carta da filtro. Non si deve alcalinizzare troppo, per avere una buona colorazione: con l'aggiunta di altre poche gocce di ammoniaca si scioglie subito il precipitato che dapprima si vede formarsi; si aggiungano poi ancora poche gocce finchè la soluzione non diventi leggermente opalescente.

L'A. ha ridotto dal 5 al 0.25 % il contenuto di nitrato d'argento: la colorazione è ugualmente intensa, e nello stesso tempo diminuisce la produzione di precipitati.

P. S.

(Fontana. *Dermatologische Woch.*, n. 11, 1913).

Dimostrazione della spirocheta pallida nel sistema nervoso centrale, nella paralisi progressiva e nella tabe dorsale.

Noguchi (*Münch. mediz. Wochenschrift*, 8 aprile 1913) osserva che oramai è nozione comune e bene accertata, specialmente per le osservazioni e gli studi del Fournier e della sua scuola, che la paralisi progressiva e la tabe dorsale nella maggior parte dei casi sono da interpretarsi come manifestazioni lontane della sifilide.

Non era noto però ancora quale fosse la natura di questo rapporto etiologico delle due gravi malattie del sistema nervoso centrale. Le denominazioni di *para- meta-* e *postsifilitiche* volta a volta date, per definizione, alle due forme morbose, indichino la indeterminatezza delle idee in proposito.

E rimaneva sempre insoluto il problema se nella tabe e nella paralisi progressiva il virus sifilitico fosse da ricercarsi come un virus ancora vivente, o se esse fossero da interpretarsi come manifestazioni tossiche di un'infezione pregressa.

La reazione di Wassermann e i più moderni metodi di cura non avevano dato risultati decisivi.

Il Noguchi ricorda un'osservazione che egli ha fatto nello studio delle culture pure di spirocheta pallida da lui ottenute: egli ha visto che in speciali condizioni le spirochete delle culture pure formano numerosi piccoli corpuscoli, e che da questi corpuscoli mediante passaggi in terreni di cultura passivi si originavano e si svolgevano delle forme spirali. L'A. pensa, a spiegazione dei risultati negativi delle ricerche istologiche eseguite da altri autori, che nella cosiddetta parasifilide le spirochete possono trovarsi sotto la forma di questi speciali corpuscoli.

Mosso da questa sua osservazione, il Noguchi ha studiato istologicamente il cervello nella paralisi progressiva, dimostrando la presenza della

spirochete pallida in 48 casi su 200, cioè nel 24 % dei casi.

Molto più difficile si presentava lo studio istologico del midollo spinale nella tabe dorsale: ciò non ostante, il Noguchi ha dimostrato la presenza della spirocheta in 1 solo caso su 12 studiati.

L'A. si ferma a parlare sulla distribuzione della spirocheta nelle diverse regioni del cervello e in rapporto ai diversi elementi strutturali della sostanza nervosa. Osserva, che studiando con metodo e larghezza ancora maggiori l'istologia delle diverse parti del sistema nervoso centrale possa aumentare la percentuale dei casi positivi da lui trovati.

Descrive i particolari della tecnica da lui seguita; esserva però che l'antico metodo del Levaditi gli ha dato pure ottimi risultati.

Sulla base di questi risultati, il concetto della patogenesi di queste forme di sifilide del sistema nervoso centrale si rischiara e si precisa. Secondo l'A., il fondamento anatomico di queste forme morbose consisterebbe in una *encefalite parenchimatosa cronica*, determinata dall'invasione delle spirochete nella compagine del tessuto nervoso.

P. S.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*).

RUDOLF MÜLLER. **Die Serodiagnose der Syphilis und ihre Bedeutung für Diagnose, Therapie und Prognose**. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1913. M. 7.

Il titolo del lavoro ne spiega il programma. L'argomento certo non è nuovo, e non poche trattazioni ne furono già date alla stampa.

Con la dottrina, il tecnicismo e la precisione proprie degli studiosi tedeschi, l'A. fa un'esposizione veramente esauriente di tutto ciò che può istruire intorno alla sierodiagnosi della sifilide, esposizione arricchita e documentata dall'esperienza e dal contributo personale, utile agli studiosi ed ai pratici in quanto che come è completa la parte teorica e pratica del manuale, altrettanto è ricca ed interessante la parte clinica.

p. s.

PAUL EHRLICH. **Abhandlungen über Salvarsan.** Band III. München, J. F. Lehmann's Verlag, 1913. M. 10.

Come ha fatto nei due anni precedenti, l'Ehrlich raccoglie in un 3° volume tutti i lavori pubblicati l'anno passato nella *Münchner medizinische Wochenschrift* riguardanti l'uso e i risultati terapeutici del salvarsan e neo-salvarsan.

È un volume molto interessante, dove si trova notizia dei pericoli inerenti all'uso dei nuovi preparati arsenicali e delle misure precauzionali atte a prevenirli.

Oramai la letteratura è ricca di questioni e discussioni sorte intorno alle indicazioni e controindicazioni, intorno ai fenomeni clinici transitori, duraturi e letali che possono seguire alle iniezioni di salvarsan e neo-salvarsan.

Due capitoli son dedicati alle applicazioni di questi preparati in malattie non sifilitiche e nelle malattie esotiche.

Il medico pratico e lo studioso vi troveranno molte notizie utili e piene d'interesse.

p. s.

FRANZ NAGELSCHMIDT. **Die Lichtbehandlung des Haarausfalles (La fototerapia della caduta dei capelli).** Berlin, Julius Springer, 1913.

In una monografia di 70 pagine con 87 figure e fotografie intercalate nel testo Nagelschmidt illustra gli effetti di un agente fisico, cioè dei raggi ultravioletti sulla caduta dei capelli. Le esperienze dell'autore riguardano 157 casi bene controllati — 104 di alopecia areata e 53 di alopecia diffusa (seborroica, prematura) — di cui il decorso viene brevemente riferito.

Vennero guariti 129 casi (82.2 %), migliorati 17 (10.8 %), non influenzati 11 (7 %). L'alopecia seborroica fu guarita in tutti i casi e generalmente in seguito ad una sola irradiazione.

L'attività del trattamento non può essere messa in dubbio dopo la lettura delle storie degli ammalati. Ma si potrebbe osservare, che nelle alopecie avviene spesso la guarigione spontanea. Questa osservazione però, che può valere per tutti gli altri metodi di cura, data la loro lunga durata e l'incertezza dei buoni risultati, non è giustificata per la fototerapia, nella quale la rigenerazione dei capelli ha luogo nella grandissima maggioranza dei casi immediatamente dopo l'irradiazione.

Gli splendidi risultati ottenuti dal Nagelschmidt dovrebbero indurre i medici a rivolgere la loro attenzione sul metodo da lui raccomandato ed incoraggiarli ad usarlo nelle varie forme di alopecia, in cui la solita terapia lascia spesso molto a desiderare.

Per la cura l'autore si è servito della « lampada di quarzo » di Kromayer modificata.

La tecnica della irradiazione viene ampiamente trattata.

J. ULLMANN.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sulle perizie medico-legali.

Pubblichiamo il memoriale sulle perizie medico-legali presentato a S. E. l'on. avv. Finocchiaro Aprile, ministro di grazia e giustizia, dalla Commissione nominata dall'Ordine dei medici di Roma, dall'Associazione dei medici liberi esercenti e dalla Società di medicina legale.

Eccellenza,

L'*Ordine dei Medici della Provincia di Roma*, la *Società di Medicina legale* (*sede in Roma*), l'*Associazione dei Medici liberi esercenti*, in occasione dell'applicazione del nuovo Codice di procedura penale, che il paese deve all'E. V., hanno dato incarico alla sottoscritta Commissione di porre in rilievo i gravi inconvenienti cui dà luogo l'attuale ordinamento delle perizie penali e di fare appello alla E. V. affinchè voglia prendere gli opportuni provvedimenti.

1. Il nuovo Codice di procedura penale da E. V. compilato, segna, anche nel campo delle perizie medico-legali, un notevole progresso essendo in esso riconosciuta la necessità di una speciale competenza per la compilazione delle perizie nel periodo istruttorio. Infatti nel capo III all'articolo 209, il nuovo Codice di procedura penale indica che si debbano preferire « i medici particolarmente esperti in questa disciplina ». E ciò corrisponde ad un vero e sentito bisogno reclamato da molti anni dagli Ordini dei Medici, dalle varie Associazioni sanitarie e dalla Società di Medicina legale di Roma che hanno ripetutamente trattato il problema delle perizie medico-legali, facendosi eco dei continui lamenti che loro pervenivano i quali avevano tutti per base un fatto incontestabile: la non elevata dignità dell'istituto peritale per la scarsa competenza dei periti.

Allo stato attuale, la perizia medico-legale, in generale, non è affidata ai più competenti, nè per quanto si riferisce alla specializzazione medico-legale che dovrebbe dare la massima garanzia alla Giustizia, nè per quanto si riferisce a quelle specialità che si impongono dal punto di vista diagnostico.

La circolare di S. E. l'on. Fani a proposito della tecnica delle autopsie nella quale si accennava esplicitamente alla scelta dei periti, venne scarsamente ed incompletamente applicata onde gli inconvenienti, e le lamentele crebbero.

Infatti la limitata competenza dei periti, e la nessuna preferenza che dovrebbe essere accordata nel campo delle perizie ai medici legali ed ai cultori di specialità, porta che gli specialisti più competenti si allontanano; i cultori della medicina legale si scoraggiano perchè vedono che nessun titolo di preferenza costituiscono nè la pratica assunta in tanti anni di esercizio, nè i titoli scientifici o professionali, nè l'adempimento scrupoloso e corretto degli incarichi peritali.

I medici legali sono costretti ad abbandonare la specialità, e la Giustizia così viene a trovarsi senza le persone che dànno le maggiori garanzie; perchè il medico-legale non si improvvisa e specialmente il sentimento giuridico ed etico medico-legale non viene esattamente percepito che da coloro i quali si sono dati alla specialità per elezione e da coloro che hanno acquistato una lunga pratica medico-giudiziaria.

Tanto ciò è vero che quando l'Autorità giudiziaria, spinta da un lodevole concetto liberista (come per esempio a Roma) ha iniziato fra tutti i medici che ne hanno fatto richiesta un turno, si sono verificati gravi inconvenienti che per la loro stessa natura vengono alla luce solo dopo molto tempo o alle pubbliche discussioni o alle revisioni delle perizie. Spesso si tratta di errori diagnostici in autopsie, in esumazioni, in esami di macchie, in ricerche cliniche, di errori psichiatrici, di giudizi medico-legali errati che portano ad inevitabili errori giudiziari.

La distribuzione delle perizie non deve solo corrispondere ad un concetto di uguaglianza, ma essenzialmente ad un criterio di competenza.

Nè valga la giustificazione di affidare ai non pratici i casi apparentemente lievi, riservando ai periti più esperti i casi gravi di medicina legale. È noto che i casi più lievi possono talora essere i più complicati: le sorprese di un'autopsia e di qualsiasi altra indagine peritale sono infinite; maggiori che le sorprese di un'operazione chirurgica.

Un noto aforisma di medicina legale dice: « un'autopsia mal fatta non si ricomincia più ». E nulla è più vero di ciò.

2. Noi quindi proponiamo a V. E. la costituzione di un albo di periti compilato dall'Ordine dei Medici di ciascuna Provincia con criteri rigorosi di scelta. La formazione dell'albo trova opportuno riscontro nella legislazione là dove si prescrive l'albo dei curatori dei fallimenti, compilato di triennio in triennio dal Collegio dei procuratori.

Intimamente connessa con la questione della competenza è la questione delle tariffe che deprime la funzione peritale. L'attuale tariffa ri-

sale al 1865 ed ora che il costo della vita è per lo meno raddoppiato, diventano anacronismo ed umiliazione il viaggio in 3ª classe offerto ai periti, l'indennità di centesimi sette a chilometro e di lire una al giorno, le sei lire per un'autopsia e le tre lire per visita di cadavere e relazione.

Eccellenza, i sottoscritti nutrono viva fiducia che l'E. V. che con tanto amore e con tanta fede ed equità di principî dirige il Ministero della giustizia, si compiacerà di provvedere alle vive e urgenti questioni qui accennate dettando le opportune norme col concorso, occorrendo, della on. Commissione per le disposizioni regolamentari per l'applicazione del nuovo Codice di procedura penale.

V. E. elevando la figura morale del perito scelto dall'Autorità, esigendo una indiscussa competenza, ricompensando degnamente la sua opera delicatissima, darà equa soluzione al difficile problema con enorme vantaggio delle funzioni della giustizia.

Con ossequi si protestano.

Roma, 23 giugno 1913.

LA COMMISSIONE

Per l'*Ordine dei Medici*: Garofalo dott. Alfredo - Serratrice dottore Roberto - Sergi prof. dottore Sergio — Per l'*Associazione dei Medici liberi esercenti*: Montesano professor dott. Giuseppe - Olivieri prof. dottor Francesco - Impallomeni dott. Giuseppe. — Per la *Società di Medicina legale, sede in Roma*: Ottolenghi professor dott. Salvatore - Ascarelli prof. dott. Attilio - Massali dott. Giuseppe.

L'*Associazione fra medici liberi esercenti di Roma* ha tenuto recentemente un'adunanza generale sotto la presidenza dell'egregio prof. Giuseppe Montesano. In essa furono discussi importanti argomenti riguardanti l'esercizio libero professionale, quali il diritto di attribuirsi il titolo di specialista ed i criteri per la tariffa professionale. Fu anche discussa la creazione di posti di pronto soccorso nella città di Roma e la vigilanza sopra gli ambulatori pubblici e privati allo scopo di evitare che ne usufruiscano malati non poveri.

In tutte queste questioni l'Associazione intende di procedere di pieno accordo con il Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Pubblicheremo prossimamente:

Cerioli, Sulle iniezioni endovenose di iodoformio nella cura della tubercolosi polmonare e della polmonite.

Alessandrini G., Fileni e Giannelli, La pellagra nella provincia di Roma.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3906) *Assegno all'ufficiale sanitario.* — Al Dottor M. M. da V. D. G. rispondiamo che per ottenere l'aumento di ufficio dell'assegno che percepisce come ufficiale sanitario deve avanzare domanda alla G. P. A. a' sensi dell'articolo 26 del Testo unico. Si decide in sede di tutela.

(3907) *Pensioni.* — Il Dott. L. S. da V. desidera conoscere quali pratiche deve espletare per essere riammesso al godimento della pensione quel sanitario che vi abbia momentaneamente rinunziato per aver ripreso servizio in una nuova condotta.

Nessuna pratica speciale si deve espletare. Al termine del nuovo servizio, basterà inoltrare domanda all'ufficio sanitario della provincia, facendo in essa menzione della interruzione avvenuta nel godimento dello assegno di riposo ed allegando tutte le deliberazioni consiliari di nomina, comprese quelle riferentisi all'ultimo periodo.

(3909) *Esercizio cumulativo di più professioni sanitarie.* — Il Dott. P. A. da A. chiede conoscere se un medico chirurgo che si trova diplomato anche in veterinaria possa farsi contemporaneamente iscrivere nell'Ordine de' medici chirurgi ed in quello dei veterinari della stessa provincia ed esercitare, quindi, ambedue le professioni, e se il detto medico possa funzionare nello stesso Comune, percependo doppio stipendio, da veterinario e da ufficiale sanitario.

L'esercizio cumulativo di più professioni sanitarie è permesso dalla legge. Iscrivendosi, quindi, al doppio albo può esercitare tanto la professione di medico chirurgo quanto quella di veterinario. Non vi è incompatibilità fra la carica di ufficiale sanitario e l'esercizio professionale veterinario.

(3911) *Medico condotto interino - Congedo.* — Il Dott. N. N. da S. V. V. desidera sapere se un medico condotto interino ha diritto al mese di congedo.

Il medico condotto interino non ha diritto ad usufruire del mese di congedo, stabilito pei medici ordinari.

(3913) *Concorsi - Condizioni incluse nel bando.* — Il Dott. N. P. da F. desidera conoscere se sia legale la condizione imposta dal Comune nel bando di concorso con cui si dichiari nullo il concorso stesso se non vi prendano parte almeno due concorrenti e se qualora nel bando sia disposto che il certificato di buona condotta debba essere rilasciato dalla Giunta municipale, possa essere ritenuto valido quello rilasciato dal solo sindaco.

La condizione imposta dal Comune non contravviene ad alcuna disposizione di legge ed è,

quindi, ammissibile: È il sindaco e non la Giunta comunale che rilascia attestati di notorietà. Crediamo, quindi, che come certificato di buona condotta sia sempre sufficiente quello rilasciato dal sindaco, e ciò non ostante qualsiasi disposizione contraria del capitolato, che sarebbe sotto tale rapporto illegale.

(3914) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. L. A. da C. desidera conoscere quali pratiche deve fare per essere riconfermato ufficiale sanitario, avvertendo che nel paese dove egli risiede non esistono liberi esercenti.

Deve avanzare analoga domanda al Prefetto il quale provvederà su proposta del Consiglio provinciale sanitario.

(3915) *Pensioni.* — Al Dott. C. M. da M. rispondiamo che non ha nessun anno di servizio da riscattare e che con 25 anni di servizio e 52 di età liquiderà la pensione di annue lire 841.

(3917) *Chinino di Stato.* — Il Dott. L. B. da C. T. desidera conoscere se sia giusto ratizzare a carico di proprietari delle terre incluse nelle zone malariche anche il chinino di Stato occorso per somministrazioni fatte a coloni non residenti in zone malariche.

La ratizzazione fatta come Ella dice è illegale perchè contraria a quanto dispone l'articolo 2 della legge 2 dicembre 1901 modificata dall'altra del 19 maggio 1904, n. 209.

(3918) *Concorsi - Cure elettriche - Congedi.* — Il Dott. F. V. da S. P. D. I. desidera conoscere se sia valida la condizione apposta da un Comune ad un concorso per medico condotto con cui si dica che è escluso chi abbia avuto od abbia liti o vertenze con l'Amministrazione, se sieno a pagamento le cure elettriche e se dopo aver goduto due mesi di congedo per infermità possa ottenere il mese di congedo ordinario.

Crediamo che la indicata condizione non sia legale perchè non attinente al servizio ed al migliore e più accurato andamento di esso. Le cure elettriche sono a pagamento. Dopo il congedo per infermità non si può chiedere quello ordinario perchè il regolamento del 1906 parla di *protrazione* del congedo ordinario in caso di infermità per altro periodo estensibile al *maximum* di un anno.

(3919) *Ordine sanitario - Offese.* — Il Dott. G. O. da T. espone: Nel caso di offese da parte di un medico contro un Ordine di Medici o contro una sua rappresentanza, il Consiglio dell'Ordine offeso può o deve, in base alla legge 10 luglio 1910 (art. 8 comma *c*), aprire procedimento disciplinare contro il medico offensore, ovvero, a termine dello stesso articolo 8 comma *b*) e seguendo il disposto del vigente Codice penale, può o deve adire i Tribunali? E se l'offesa è diretta da un medico contro un altro medico può o deve, sempre in base alla legge sugli Ordini, il Consiglio dell'Ordine intervenire?

Il comma *c*) del citato articolo 8 della legge sugli Ordini non riflette il caso di eventuali offese da parte di medici contro l'Ordine od una rappresentanza di esso. Riflette, invece, le mancanze e gli abusi che i liberi esercenti possono commettere nell'ambito dell'esercizio professionale sia verso terzi sia verso altri sanitari. Tutto al più nel caso esposto ed in base al comma *b*) dello stesso articolo potrebbe il Consiglio dell'Ordine presentare querela per ingiuria alla competente autorità giudiziaria a danno dell'offensore. Nelle offese fra medici e medici il Consiglio può ma non deve intervenire per mantenere il decoro dell'istituto e per conciliare le parti.

(3920) *Congedi - Supplenza.* — Il Dott. P. C. F. da P. desidera conoscere se in caso di condotta pei soli poveri sia il Comune obbligato a pagare il supplente durante il congedo anche per il servizio degli agiati, che sono abbonati; se in questo anno gli spetti il diritto di supplenza in lire 320 od in lire 160; se il Comune non intende pagare a chi deve rivolgersi; se, inscrivendosi alla Cassa pensioni come medico anziano, possa riscattare quindici anni di servizio precedentemente prestati; se e quale pensione liquiderebbe e quali documenti occorre presentare per ottenere l'iscrizione alla Cassa.

Per il servizio agli agiati che sono vincolati con abbonamenti al sanitario, il Comune non è tenuto a pagare il supplente durante il congedo. In ogni caso anche in questo anno Le spetterebbe la somma di lire 160, che percepì per lo addietro. Se ha documenti per dimostrare il suo buon diritto a riscuotere la somma stabilita per la supplenza, ricorra pure all'autorità giudiziaria. Iscrivendosi alla Cassa pensioni come medico anziano può riscattare i quindici anni di servizio precedentemente prestati, liquidando la pensione su 20 anni di servizio e 66 di età e, cioè, lire 1055. Avvertiamo, però, che per ottenere la iscrizione deve dimostrare che si trovava in servizio alla data di attuazione della legge sulle pensioni. Faccia domanda all'Ufficio sanitario provinciale.

(3922) *Convitto degli orfani dei sanitari.* — Il Dott. N. D'A. da S. desidera conoscere se il medico interino sia tenuto a pagare la contribuzione pel Collegio degli orfani dei sanitari di Perugia e se avendo per contratto il diritto di percepire lo stipendio netto, si debba intendere attribuito al Comune l'onere del pagamento della retta prestabilita.

Anche ai medici interini, che indubbiamente, sebbene con nomina precaria, prestano servizio a pubblica Amministrazione è fatto l'obbligo di

pagare le lire 600 annue stabilita per il mantenimento del Convitto di Perugia. Lo stipendio al netto si intende depurato dalle tasse e non da quei contributi che, come quello in esame, sono personalmente del condottato.

(3923) *Sindaco - Fornitura medicinali.* — Il Dott. abbonato 1106 desidera conoscere se un farmacista che sia fornitore dei medicinali pei poveri, che sono pagati dalla Congregazione di carità, possa essere sindaco e consigliere comunale.

Dal momento che al servizio di somministrazione gratuita dei medicinali provvede la Congregazione di carità il fornitore farmacista può ben essere consigliere comunale e sindaco, non riscontrandosi nel caso alcuna ragione di ineleggibilità prevista dall'articolo 23 e 144 della vigente legge comunale.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro. — Uffiziali: dottori Marzoli Girolamo, Pampana Igino e Badaloni Giuseppe, medici provinciali.

Cavalieri: dottori Crisafulli Guglielmo e Thea Ernesto, medici provinciali; Pellegrini Pietro, segretario medico del Consiglio superiore di sanità.

Ordine della Corona d'Italia. — Uffiziali: dottore Puccinelli Alfredo, ispettore del servizio celtico; dott. Massone Alberto, segretario medico del Consiglio superiore di sanità.

Cavalieri: dottori Sirleo e Gilardino Pietro, medici provinciali; Icilio Hotz di Guastalla (Reggio Emilia), per meriti sanitari.

GENOVA. — Il prof. Maragliano Vittorio è incaricato dell'insegnamento della terapia fisica.

NAPOLI. — Il concorso per titoli, bandito dall'Amministrazione dei Pellegrini di Napoli, per coprire il posto lasciato vacante dal prof. Lupò, nominato direttore dell'ospedale di Loreto, è stato vinto dal prof. Ninni Giovanni.

Il secondo posto in graduatoria è stato conseguito dal prof. De Gaetano Luigi.

PARMA. — La medaglia d'oro del « premio Speranza » è stata assegnata dal Municipio, su relazione della Facoltà medica, al dott. Fabrizio Maffi. Il tema del concorso era: « la profilassi contro il colera nei comuni rurali ». La Facoltà ha espresso il voto che la bella monografia venga pubblicata.

ROMA. — I dottori Brigida Paolo e Ghiglione Gian Carlo, medici di porto, sono promossi dalla 2ª alla 1ª classe con riserva d'anzianità.

TORINO. — Al concorso per la cattedra di fisiologia sono risultati: 1° Herlitzka Amedeo; 2° Baglioni Silvestro; 3° Foà Carlo. La Commissione era così composta: Marcacci, Bottazzi, Spallita, Lo Monaco e Galeotti. — Il Consiglio superiore della P. I. ha approvato integralmente il concorso, su relazione del sen. Pietro Albertoni.

Condotte e Concorsi.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti ospitalieri.* — Medico chirurgo assistente biennale; L. 1297.23 lorde di R. M., indennità di guardia, camera, assicuraz. Due conferme biennali. Scad. ore 15 del 20 luglio.

BORGHI (*Forlì*). — Condotta pei poveri; L. 3300 con tre quinquenni, L. 700 per cav. e L. 250 U. S., lorde. Ab. 3085. Servizio entro 15 giorni. Scad. 28 luglio.

BRA (*Cuneo*). — Condotta per Pollenzo; L. 1500 lorde pei poveri. Scad. 25 luglio.

* CAMPELLO SUL CLITUNNO (*Perugia*). — Medico chirurgo U. S.; L. 4575 nette compresovi obbl. cavalc., cura piena, 3 sessenni, ab. 1473 di cui 760 nelle frazioni. Scad. 31 luglio.

CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CARATE LARIO (*Como*). — Condotta piena con Laglio; L. 3238.20 lorde. Ab. 1725. Scad. 31 lug.

CASALNUOVO (*Napoli*). — Condotta per i poveri; L. 1200. Scad. 24 luglio.

* CASTAGNARO (*Verona*). — Condotta 1° reparto; L. 3600. Scad. 15 luglio.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 3ª condotta a cura piena (frazione Campiglia d'Orcia); lorde L. 3005, indennità cav. L. 700. Diritti fissi: *a*) L. 150 qual direttore dell'armadio farmaceutico; *b*) L. 0.50 per ogni visita oltre un km. dalla residenza del sanitario (a carico dei cittadini). Proventi straordinari. Scadenza 31 luglio.

CATANZARO. *Deputazione provinciale.* — Direttore del Manicomio di Girifalco; L. 5000 aument. a L. 6000, oltre i sessenni, alloggio per sè e famiglia mobiliato; età massima 50 anni. Rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scad. 31 luglio.

* CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illum. e riscald. Scad. 31 luglio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Condotto e U. S.; L. 1800 pei poveri e L. 200 per congedo. Scad. 31 lug.

* CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta piena; ab. 2988 in due condotte; L. 3225 e L. 100 per supplenza, lorde. Servizio entro 20 giorni dalla partecipazione. Scad. 31 luglio.

COMO *Brefotrofio Provinciale.* — Medico direttore ostetrico; L. 4000. Schiarimenti dalla Segreteria provinciale. Scad. 7 agosto.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Sino al 7 agosto 1913 concorso, per titoli scientifici e pratici, al posto di Medico-Direttore-Ostetrico collo stipendio di L. 4000. Rivolgersi alla Segreteria.

COSTACCIARO (*Perugia*). — Condotta; L. 4300, L. 100 quale U. S. e L. 800 per cavalc.; sessenni. Proroga al 20 luglio.

CREMA (*Cremona*). *Ospedale Maggiore.* — Due medici-chirurgi ostetrici assistenti; età massima 30 anni; nomina biennale prorogabile; L. 1400 lorde di C. P. e L. 6 per ogni servizio di guardia notturna. Chiedere l'avviso. Scad. 31 luglio.

FILETTO (*Chieti*). — Condotta piena; L. 1600 pei poveri, L. 900 per gli abbienti, L. 600 d'indennità cav., L. 200 come U. S. e L. 200 per l'am. farm. (anche se sorgerà una farmacia) lorde; due sessenni di L. 250. Popol. legale 2310; presente (di fatto) 1966. Scad. un mese dal 20 giugno.

FIRENZE *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stab. Riuniti*. — Due medici chirurgi assistenti; L. 1200 con ritenuta di R. M. Titoli ed esami. Età massima 28 anni. Scad. ore 17 del 19 luglio.

GAGGIO MONTANO (*Bologna*). — Al 30 luglio condotta; ab. 2500; L. 2400 pei poveri e L. 1000 per la generalità, lorde; L. 800 pel cavallo; assicuraz. Servizio entro 15 giorni dalla com. di nom.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Condotta medica, al 29 luglio; L. 3100. Vedi fasc. 26.

GALEATA (*Firenze*). Condotta pel capoluogo; tutta cura; L. 3700 e due sessenni su L. 3000 pei poveri, L. 600 di cav.; ritenuta di R. M.; assicuraz. Ab. 2636. Scad. 29 luglio.

GRIZZANA (*Bologna*). — Prima condotta; L. 3400, cura piena; L. 800 cavallo, tre sessenni di L. 300. Scad. 23 luglio.

GUASTALLA (*Reggio Emilia*). — Frazione S. Rocco, abit. 2700, pianura, L. 2800 per 1000 poveri, tre sessenni, L. 700 cav. Scad. 21 luglio.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie povere 38. Scad. 31 agosto.

LACONI (*Cagliari*). — Interino per la generalita. fino al 31 dicembre; L. 300 mensili. Rivolgersi Sindaco. Scad. 15 luglio.

LATISANA (*Udine*). — Medico 2° riparto; condotta libera; L. 3000 e 2 sessenni, L. 500 se l'eletto risiederà a Gorgo, L. 700 se risiederà a Pertegada, L. 800 per cavalc. Scadenza 31 luglio.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario consorziale per i comuni di Gonzaga-Moglia e Pegognaga. Ab. 23,324. L. 4000 di stipendio e L. 1500 per indennità. Età massima 45 anni al 15 giugno. Titoli ed esami. È inibito il libero esercizio professionale. Documenti alla Divisione Sanità, fino alle ore 12 del 30 luglio.

MONZA (*Milano*). *Congregazione di Carità*. — Concorso per soli titoli a: Medico secondario aiuto nella sezione chirurgo-ostetrica; id. aiuto nella sezione di Medicina; id. assistente. Stipendio degli aiuti, nette L. 1450; degli assistenti, nette L. 1200 oltre alloggio, riscaldamento ed illuminazione. Scad. 31 luglio.

ODERZO (*Treviso*). *Ospedale Civile*. — Medico assistente; L. 1200, vitto ed alloggio interno. Per supplenze ai medici condotti l'eletto potrà fare assegnamento su altre L. 630. Rivolgersi all'Amministrazione. Scad. 31 luglio.

PATERNO DI ANCONA (*Ancona*). — Condotta; L. 4400 lorde e 3 sessenni compreso compenso U. S. Scad. 19 luglio.

PETTINENGO (*Novara*). — Condotta con Selve Marcone; L. 1750 per 285 poveri incirca. Ab. 2365; kmq. 8 tutti in collina. Scad. 20 luglio.

PISA *RR. Spedali riuniti di S. Chiara*. — Direttore generale; L. 7000 e tre sessenni; alloggio o indennità annua di L. 700. Laurea da non meno di dieci anni. Età massima 45 anni, salvo pei direttori medici o sovrintendenti sanitari di altri ospedali. Titoli all'amministrazione non oltre le ore 16 del 31 luglio.

POZZAGLIA SABINA (*Perugia*). — Condotto e U. S.; L. 4000 per la generalità, obbligo cav. per le sole gite periodiche alle 2 vicinissime frazioni. Scad. 25 luglio.

REGGIOLO (*Reggio Emilia*). — Condotta di Brugneto; L. 3200 lorde pei poveri, oltre L. 200 se chiamato quale assistente presso l'ospedale. Non più di 45 anni. Scad. 20 luglio.

ROMA. *Ministero dell'interno. Direzione della Sanità pubblica*. — Due assistenti laureati in medicina e chirurgia presso il laboratorio di micrografia e batteriologia della Sanità pubblica; L. 3000. Scad. 31 luglio.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta piena 2° riparto; L. 3800 lorde, L. 200 quale U. S., obbl. cavalc., ab. 2100. Scad. 31 lug.

SAN VITTORE OLONA (*Milano*). — Medico chirurgo; L. 3500 nette e L. 100 quale U. S., per la generalità di abitanti 2504. Scad. 24 luglio.

TORRE D'ISOLA (*Pavia*). — Condotta per la generalità; L. 3800 lorde e 3 sessenni; ab. 1455. Scad. 26 luglio.

VEROLENGO (*Torino*). — Condotta di Torrazza; L. 3000 nette e 100 per arm. farm. Scad. 25 lug.

VIGEVANO (*Pavia*). — Secondo medico assistente residente e secondo chirurgo assistente residente presso l'ospedale; L. 1400 nette ciasc. Rivolgersi alla segreteria del Consiglio amministrativo.

* VIMERCATE (*Milano*). *Ospedale civile*. — Medico chirurgo assistente; L. 1800 ed alloggio in ospedale. Rivolgersi al direttore dell'ospedale dott. G. Banfi.

Medico chirurgo, quarantenne, da molti anni in servizio di condotta, accetterebbe interinato pel mese di agosto, preferibilmente in paese marittimo o di montagna. Scrivere al dott. Romano. Via Avignonesi n. 20, Roma.

Cercasi medico chirurgo supplente pel Comune di Folignano (Ascoli Piceno) pel mese di agosto p. v. Onorario L. 250 nette, fornimento della cavalcatura e viaggio pagato di andata e ritorno. Folignano, sito in amena collina. dista appena 7 chilometri da Ascoli Piceno. Per trattative rivolgersi al dott. Casulli Rodolfo. Folignano (Ascoli Piceno).

Medico chirurgo pratico assumerebbe interinato conveniente qualunque durata non inferiore ad un mese, dal 15 luglio, Italia media, preferibilmente posizione centrale. Offerte dettagliate, condizioni: G. C. Corso Garibaldi 28, Perugia.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

La Federazione fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica diffida il concorso ad assistente al Laboratorio medico micrografico del comune di Bologna.

MEDICINA SOCIALE

BREFOTROFIO PROVINCIALE DI MANTOVA
Primario dott. DARIO MAMBRINI.

La profilassi dell' eredo-sifilide nei brefotrofi

per il dott. ANNIBALE GALLICO.

Malgrado i notevoli progressi fatti in questi ultimi tempi dalla sifilografia mercè la scoperta dell'agente infettivo della sifilide e della sieroreazione del Wassermann, il problema della profilassi della sifilide ereditaria nei bambini che vengono affidati ai brefotrofi non ha fatto gran passi, anzi vorrei dire che esso si trova presso che allo stesso punto di circa dodici anni or sono, allorquando la grave questione fu trattata dalla Società Medico-chirurgica di Bologna, relatore il prof. Pini.

È fuori di dubbio che uno dei maggiori fattori della morbilità e della alta mortalità che si lamenta negli istituti degli esposti è dato dall'affollamento dei lattanti messo in rapporto collo scarso numero di nutrici di cui un brefotrofio può disporre: sovente ad una sola balia sono affidati due, tre o più infanti, i quali dalle esauste mammelle devono succhiare scarso latte e non sempre rispondente per età all'età del poppante. L'allattamento misto costituisce quindi la regola, quello al solo seno muliebre la rara eccezione. D'onde la necessità di sfollare nella maggior misura e nel minimo tempo possibile l'Istituto, per dirimere una delle principali cause che mantengono alto l'indice della mortalità.

E qui si presenta subito un grave quesito al medico che ha la responsabilità tecnica di un brefotrofio: Quando sarà lecito dimettere un esposto colla maggiore presumibilità che esso sia sano e che non andrà a contagiare di sifilide la nutrice, cui l'esposto stesso viene affidato?

E' noto che la sifilide ereditaria può restare latente per un periodo di tempo, che da pochi giorni va a parecchi mesi ed anche, in casi fortunatamente rari, ad anni. E' noto altresì che non tutti gli eredo-sifilitici, pur essendo immuni da manifestazioni in atto, nascono prematuri o colle stigmate della miseria fisiologica: che anzi, come farò rilevare più oltre con dati statistici desunti da osservazioni da me fatte nel Brefotrofio di Mantova, non di raro si presentano all'esame bambini apparentemente sani e di rigoglioso sviluppo alla nascita, tanto da oltrepassare il peso di 3500 grammi, i quali in seguito palesarono i segni più evidenti della lue.

Il voler quindi desumere lo stato di immunità sifilitica di un neonato dalle sue condizioni somatiche o dalla assenza di manifestazioni luetiche è errore grossolano, in cui difficilmente cadrà chi abbia appena appena una idea delle sopraccennate nozioni.

Ed altrettanto infantile errore sarebbe quello di fare affidamento sulla dichiarazione medica di cui è munito ogni esposto al momento della sua accettazione in brefotrofio.

Non certamente intendo con questo di voler fare un appunto scortese agli egregi colleghi, che sono chiamati ad estendere tali dichiarazioni mediche. In pratica assai spesso avviene che il sanitario veda la puerpera per la prima volta, e per quanto esso la sottoponga ad un esame il più scrupoloso e coscienzioso possibile, sovente può essere tratto a dichiarare l'immunità nella madre, perchè questa raramente presenta manifestazioni di sifilide al momento della visita, ed ancor più raramente ne presenta il neonato.

Si aggiunga inoltre che il padre dell'infante quasi sempre sfugge all'indagine medica, in quanto esso ha tutto l'interesse a non farsi conoscere; e d'altra parte sappiamo come il padre possa trasmettere il germe della sifilide al feto senza apparentemente contagiare la madre.

Su questo ordine di idee afferma il Flamini di Roma nella sua pubblicazione su *La diagnosi della sifilide ereditaria nei brefotrofi*:

« Molto spesso si può considerare di poco va-
« lore (la dichiarazione medica), poichè non di
« rado il certificato, quando la gestante non sia
« accolta in qualche Maternità, viene rilasciato
« *per compiacenza* da un medico qualsiasi, il quale
« non sempre si incarica di vedere la gestante,
« ma si contenta a volte delle notizie fornitegli
« dalla levatrice ».

E non tanto diversamente si esprime il professor Pennato di Udine in *Nuovi mezzi di diagnosi nella sifilide congenita*:

« Chi ha la responsabità tecnica di un brefo-
« trofio, può bene attestare quanti momenti ve-
« ramente angosciosi vi abbiano accompagnato
« ed accompagnino l'esercizio pratico. Queste dif-
« ficoltà provengono specialmente dal fatto che
« la sifilide rimasta allo stato di latenza per
« qualche tempo, diviene contagiosa per lesioni
« che facilmente passano inosservate, e che ven-
« gono riconosciute troppo tardi. Le sifilidi da al-
« lattamento che si sviluppano anche talora in
« brefotrofi ben sorvegliati, sono prova di queste
« difficoltà, le quali aumentano negli istituti che

« non hanno annessa la Maternetà, e che quindi « mancano di notizie esatte relative alla madre. « I bambini devono, è vero, al momento della « accettazione essere muniti di attestazione me- « dica, che dichiari se la madre presenti segni di « lue, come prescrive la circolare Nicotera; ma « tali attestazioni hanno a parer mio valore li- « mitatissimo. Se anzi io dovessi tener conto della « mia esperienza direi che annettere a quei cer- « tificati grande importanza è una vera inge- « nuità ».

Ad illustrare tali concetti, che potrebbero riuscire poco accettabili ai profani di pratica brefotrofica, basterebbe citare qualcuno dei casi che quasi ogni giorno cadono in osservazione negli Istituti degli esposti: del resto torna utile sapere che anche molti medici estensori dei certificati sopraccennati vanno ora più guardinghi nelle risposte che devono dare al questionario loro proposto, e non sono pochi quelli che alle domande quarta e quinta del detto questionario dove si richiede se *la madre fu sifilitica in passato*, o se *fece cure che possano far dubitare di pregressa sifilide*, rispondono: *Non sembra;* oppure: *Dice di no.*

Non è quindi da meravigliare se affermiamo che tali dichiarazioni mediche vanno accolte con beneficio d'inventario, così come non deve stupire il medico di un brefotrofio delle poco gradite sorprese che l'oculata vigilanza gli riserva nell'esercizio del delicato suo incarico.

Ma, come poco prima ho accennato, nuovi sussidi la scienza ha apprestato per facilitare e spianare al medico il giudizio assai spesso irto di difficoltà specie in materia di sifilide latente: la scoperta dello spirochete e la sierodiagnosi di Wassermann.

Per quello che si riferisce al valore che per il medico di un brefotrofio può avere la ricerca dello spirochete nella diagnosi precoce di sifilide ereditaria, avvertirò subito che essa non può applicarsi se non quando esistono in atto manifestazioni luetiche, specialmente sulle mucose. Ciò premesso, nella diagnosi l'esame clinico viene a precedere quello microscopico: quest'ultimo quindi se costituisce un eccellente mezzo per avvalorare il giudizio clinico, non serve affatto a mettere in evidenza una eventuale sifilide latente.

Da ciò risulta manifestamente la completa inefficacia di tale mezzo d'indagine al quesito che quotidianamente si affaccia al sanitario preposto alla direzione di un Istituto di esposti.

Quando sorse sull'orizzonte la mirabile scoperta del Wassermann parve che l'assillante problema fosse risolto e fu un sospiro di vero sollievo, quello che si elevò da ogni parte: si sperò che finalmente la scienza possedesse un mezzo sicuro per svelare un nemico occulto ed insidioso, e che finalmente il brefotrofio venisse sollevato da un grave fardello di responsabilità e con esso angosciose trepidazioni fossero risparmiate al medico, cui tale responsabilità è accollata.

Ma possiamo noi dire allo stato attuale della esperienza e degli studi che si sono fatti in argomento che la sierodiagnosi del Wassermann risponda in modo tranquillo ed assoluto alle speranze che su di essa si erano fondate? Vediamo brevemente.

Già in parecchi Brefotrofi la sierodiagnosi del Wassermann viene metodicamente praticata e la bibliografia in tale materia è abbastanza notevole. Cito tra i molti lavori che trattano della scoperta del Wassermann quelli che hanno maggior attinenza ed interesse dal punto di vista della sifilide negli esposti.

Il Dalla Favera in una sua comunicazione alla Società Medica di Parma (dicembre 1910) riferiva come nella sifilide latente la sierodiagnosi di Wassermann è positiva il 60.5 per cento ed aggiungeva che essa deve riguardarsi come un potente mezzo diagnostico, ma sussidiario della indagine clinica: quando si tratta di un *caso insospetto* la sierodiagnosi positiva non è per sè sufficiente a far affermare la sifilide.

Il già citato Flamini afferma che quando anche su tutti i bambini che vengono portati al brefotrofio si eseguisse la ricerca di Wassermann, non si potrebbe essere sicuri che i casi in cui la ricerca fu negativa non siano sifilitici. Oltre a ciò recenti ricerche hanno stabilito che in casi rari la reazione di Wassermann può essere positiva anche in individui non sifilitici.

Serra e Gentili negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* (anno 1911) tra le altre vengono a queste conclusioni: La sierodiagnosi di Wassermann nella sifilide non si comporta in egual modo nel sangue materno e nel sangue del funicolo ombellicale, poichè può aversi reazione negativa nel sangue tolto dalle vene del braccio della donna e reazione positiva nel sangue del cordone, poichè non tutte le donne che portano alla luce figli sifilitici devono essere considerate come sifilitiche, potendosi avere dei casi che sfuggono a questa regola, precisamente quelli nei quali il contagio

si verifica nell'ovulo al momento della fecondazione per causa della sifilide paterna.

« Feti nati da madri che antecedentemente avevano praticato cure mercuriali, presentano alla nascita e dopo sierodiagnosi di Wassermann negativa o parziale e completamente positiva più tardi od al momento della esplosione delle manifestazioni od indipendentemente da queste ».

Il Fuà del Brefotrofio di Ancona, nella *Rivista di Clinica Pediatrica* (fasc. 4° anno 1912) afferma quanto segue:

« Pure non volendo togliere a questa prova nulla dell'importanza a lei decretata, dobbiamo però convenire che come tutte le ricerche biologiche essa non è assoluta: il risultato positivo ci garantisce la presenza in quell'organismo dello spirochete specifico, la prova negativa invece non ci autorizza ad escluderla con matematica certezza ».

Noto qui per incidenza che il concetto espresso dal Fuà, che il risultato positivo garantisca la presenza dello spirochete specifico, non è assolutamente esatto, inquantochè si poterono osservare reperti positivi in casi di malaria, di eclampsia, di lebbra, di malattia del sonno e di blenorragia.

Il prof. Pennato del Brefotrofio di Udine in due sue pregevoli pubblicazioni sulla Reazione di Wassermann nel Brefotrofio, oltre ai risultati delle sue ricerche, riferisce quelli del Boas di Berlino. Questi su 44 bambini che presentavano segni di sifilide o provenivano da madri sifilitiche, trovò reazione positiva in 20, negativa in 24. Sui 20 positivi la reazione scomparve in 4 e questi mai presentarono segni di sifilide, gli altri 16 ebbero manifestazioni specifiche. Tra i 24 con reazione negativa 17 non presentarono manifestazioni e 5 ne presentarono, ma all'epoca delle manifestazioni la reazione divenne positiva; gli altri due che morirono a breve distanza dalla nascita presentarono segni di sifilide viscerale alla necroscopia.

Il Pennato è indotto a concludere che dagli studi finora pubblicati si può affermare che tanto da una reazione positiva che da una negativa, al momento della nascita, non si possono trarre sicuri dati prognostici. Ma questo non infirma il valore della ricerca e non deve scoraggiare. Altrove ribadisce tale concetto, là dove afferma che i tentativi di rendere la reazione molto spiccia, in mano a tutti, con reattivi belli e pronti in commercio, gli sembrano molto pericolosi per idea di soverchia facilità che ispirano, assieme alla suggestione di giudizi troppo esclusivi; cioè basti trovare reazione negativa per escludere l'infezione, o trovarla positiva per ammetterla; idee tutte due, specialmente la prima, ricche di delusioni.

Nel Brefotrofio di Mantova pure si pratica la sierodiagnosi di Wassermann: essa viene condotta soltanto su bambini nati da madri che sono sicuramente sifilitiche e su quelli che durante la loro degenza presentano sintomi anche lontanamente sospetti di lue. Le esperienze praticate che potei controllare con l'ulteriore decorso clinico dei bambini che vi furono sottoposti, sono 64. Di queste in 33 casi si ebbe perfetta rispondenza tra il reperto sierodiagnostico e quello clinico, e cioè la sierodiagnosi fu positiva in 6 bambini nei quali fu accertata la sifilide, e negativa in 27 bambini, che avendo presentato qualche sintomo lontanamente sospetto, in seguito non si palesarono erodoluetici. In 31 casi invece non si osservò tale rispondenza, imperocchè mentre la sierodiagnosi di Wassermann diede risultato negativo, clinicamente ed in qualche caso anche col sussidio del reperto necroscopico si confermò la diagnosi di sifilide ereditaria.

Tenuto quindi conto di queste osservazioni, la conclusione è ovvia; nè io esito punto a sottoscrivere quanto venne asserito in merito dagli autori sopra citati, che cioè allo stato attuale degli studi e della pratica che se ne ha, la siero-reazione di Wassermann nella diagnosi precoce della eredosifilide non offre ancora quell'affidamento tranquillante e sicuro da permettere sempre al medico di un brefotrofio di licenziare all'allattamento muliebre quegli esposti nei quali la reazione abbia dato responso negativo.

Messo da un lato il criterio sierodiagnostico, perchè, come vedemmo, si palesa tuttora insufficiente, sopra quali basi dovrà un medico di Brefotrofio fondare il suo giudizio di dimissibilità di un esposto dall'Istituto? I pareri sono discordi: vi ha chi vorrebbe tenere ad allattamento artificiale i bambini sino all'età dei tre mesi prima di licenziarli dagli ospizii: altri invece sono contrari a tale avviso, imperocchè per evitare il probabile danno della sifilizzazione, si andrebbe incontro a quello sicuro proveniente dall'affollamento degli esposti e dall'allevamento artificiale.

In tale disparità di pareri non ho creduto inutile illustrare, coi dati desunti da un decennio di vita del Brefotrofio di Mantova, i criteri che dovrebbero guidare il sanitario del brefotrofio

nel pronunciare il giudizio di dimissibilità di un esposto dall'Istituto.

I bambini accolti nel nostro Brefotrofio dal 1901 a tutto il 1910 furono 3432. Di questi, 202 presentarono sintomi manifesti o fortemente sospetti di sifilide.

Le manifestazioni iniziali che più frequentemente caddero in esame, sole od associate furono le seguenti: *corizza* 78 volte: *ragadi* labiali, anali o palpebrali a decorso torpido 36 volte; *eritemi* 32 volte; *pemfigo* 25 volte; *ulcerazioni* 22 volte; *afte* 20 volte; *otorrea* 19 volte; *onicchie* uniche o multiple 19 volte; *tumore di milza* 6 volte; *epatomegalia* 5 volte; *pseudoforuncolosi* 4 volte; *lesioni ossee* 4 volte.

In ordine all'epoca di comparsa di tale sintomatologia, dalle cedole cubicolari ho potuto rilevare quanto segue:

Nel periodo che decorre dal primo al decimo giorno di età dell'esposto, i bambini che presentarono manifestazioni sifilitiche o fortemente sospette furono 39; quelli dal 10° al 20° giorno furono 83; quelli dal 20° al 30° giorno furono 42; quelli dal 30° al 40° giorno furono 16; dal 40° al 50° furono 5; dal 50° al 60° furono 4; dal 70° all'80° furono 3; dall'80° al 90° furono 3. In uno i primi sintomi comparvero in 104ª giornata, in un altro in 130ª giornata, in un terzo in 150ª giornata.

Riguardo al peso che i suddetti bambini presentavano alla nascita o al loro ingresso nell'Istituto, che suole effettuarsi nei primissimi giorni di vita, ho rilevato che di essi: 8 pesavano meno di 2000 grammi, 64 pesavano da 2000 a 2500 grammi, 78 pesavano da 2500 a 3000 grammi, 46 pesavano da 3000 a 3500 grammi, 6 oltrepassavano il peso di 3500 grammi.

Relativamente ai 3432 esposti, che formano oggetto di questa statistica, la percentuale riferita all'epoca di comparsa dei primi sintomi sospetti nei 202 bambini è pertanto la seguente;

dal	1°	al 10°	giorno	di età	è eguale a	1.14 %
»	10°	» 20°	»	»	»	2.42 %
»	20°	» 30°	»	»	»	1.22 %
»	30°	» 40°	»	»	»	0.46 %
»	40°	» 50°	»	»	»	0.14 %
»	50°	» 60°	»	»	»	0.11 %
»	60°	» 70°	»	»	»	0.11 %
»	70°	» 80°	»	»	»	0.08 %
»	80°	» 90°	»	»	»	0.08 %

Per ragioni di brevità mi sono dispensato dall'esporre analiticamente i dati desunti dalle cedole cubicolari, dati che del resto sono sempre controllabili coll'esame delle cedole stesse esistenti nell'archivio del brefotrofio.

Quello che alla semplice disamina delle cifre suesposte cade subito sott'occhio è che le manifestazioni luetiche si verificano con la maggior frequenza dal 1° al 40° giorno di vita di un bambino, con un massimo nell'epoca che decorre dal 10° al 20° giorno, e con una sensibilissima diminuzione nel periodo compreso tra il 30° e il 40° giorno: dopo questo termine il numero dei casi diventa minimo affatto. Sicchè non credo di affermare cosa azzardata nel ritenere che, ove le notizie anamnestiche col massimo rigore accertate non lo consentano prima, l'epoca nella quale un esposto può essere dimesso dal brefotrofio con la maggiore presumibilità di immunità sifilitica deve cadere dopo il 40° giorno di vita dell'esposto medesimo.

Tale è il criterio che attualmente viene adottato nel Brefotrofio provinciale di Mantova, e che esso in pratica abbia con piena soddisfazione corrisposto, si desume dalla confortante constatazione che durante il non breve periodo di un decennio mai vennero restituiti esposti per constatata infezione luetica.

Per amore di verità debbo ricordare che nel 1905 venne a noi denunciato un caso di sifilide in una nutrice esterna; l'esposto però che essa allattava, e che fu oggetto di lunga osservazione nell'Istituto, non presentò mai sintomi anche sospetti di lue.

Si trattava infatti di un bambino nato il 23 ottobre 1904, e dimesso dopo 66 giorni di degenza, durante il quale periodo si era in lui notato l'aumento in peso di oltre un chilogramma. All'atto della sua restituzione, che avvenne il 10 agosto 1905, quando cioè contava oltre 9 mesi di età, l'esposto veniva riconosciuto affetto da gastroenterite acuta a tipo febbrile continuo, che lo condusse a morte dopo 15 giorni.

L'esame clinico e quello necroscopico esclusero la presenza di manifestazioni sifilitiche cutanee o viscerali.

È da notarsi pertanto che la nutrice nel contempo che allattava l'esposto ed anche prima, porgeva il seno ad altro bambino legittimo, abitante nel suo paese, che era affetto da foruncoli (gomme?).

È presumibile quindi che essa abbia contratto il contagio da questo bambino, e che la speranza di un lauto risarcimento, che le fu negato da una sentenza di Tribunale, l'abbia indotta ad accu-

sare l'esposto di un danno che verosimilmente le era stato procurato dall'infante legittimo che contemporaneamente all'esposto aveva allattato.

Un'altra constatazione degna di nota è questa, che anche bambini rigogliosamente sviluppati alla nascita, si palesarono in seguito sifilitici. Il numero di tali bambini non è esiguo: infatti, come osservammo, 46 di essi oltrepassavano il peso di 3 chilogrammi, e 6 quello di 3 chilogrammi e mezzo.

Ciò va rilevato perchè sta a dimostrare che il rigoglio dello sviluppo nell'eredo-sifilitico non costituisce la rara eccezione, ma si riscontra con discreta frequenza.

Riassumendo brevemente il modesto frutto delle mie indagini, credo di poter concludere che, risultando poco tranquillanti nei riguardi della immunità sifilitica di un esposto, tanto la dichiarazione medica voluta dalla circolare Nicotera, quanto la ricerca della sieroreazione di Wassermann; nè potendosi fare affidamento sul grado di sviluppo che un bambino presenta alla sua nascita, rimane ancora, quale criterio più probativo, quello desunto dalla osservazione clinica, che non ha mai smentito sè stessa.

Anche il Trousseau, infatti, oltre mezzo secolo fa, parlando dell'epoca di comparsa della *vérole*, ebbe ad effermare: « C'est du quinzième au quarantième jour qu'est son apparition la plus constante ».

Che se il dimettere un esposto dal brefotrofio dopo i 40 giorni di età non offre la sicurezza matematica della sua immunità, in pratica tale misura si è dimostrata veramente efficace; e di fronte a possibili delusioni che essa ci riservasse, queste ragionevolmente dovranno classificarsi tra i casi di *forza maggiore* per difetto di scienza e non di chi la professa.

Gennaio, 1913.

BIBLIOGRAFIA.

FLAMINI. *La diagnosi della sifilide ereditaria nei brefotrofi.* Policlinico, Sez. Prat. anno 1910, n. 14.
PENNATO. *I nuovi mezzi di diagnosi nella sifilide congenita.* Atti del R. Ist. Ven., 1910-11.
PENNATO. *La reazione di Wassermann nel Brefotrofio.* Il Tommasi, Giornale di Biologia, Medicina e Chirurgia, anno VI, n. 7, 1911.
DALLA FAVERA. *Sulla sieroreazione di Wassermann e sue modificazioni.* Atti della Società Medica di Parma, dicembre 1910.
SERRA e GENTILI. *Rapporti fra reazione di Wassermann e fenomenologia clinica,* ecc. Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1911.
FUÀ. *Il problema dell'eredosifilide nei Brefotrofi.* Rivista di Clinica Pediatrica, 1912, fasc. 4.

NOTIZIE DIVERSE

La vita sanitaria in Italia durante il 1912.

È stata pubblicata una voluminosa relazione del direttore generale della sanità pubblica, professor Alberto Lutrario, sull'attività spiegata dall'ufficio nel decorso anno 1912. È ricca di dati statistici e di abbondante documentazione, così che può considerarsi una storia sintetica della vita sanitaria del nostro paese.

I nostri ordinamenti sanitari hanno fatto ottima prova in occasione delle ultime epidemie coleriche. E l'esperienza acquisita, come pure la vasta mobilitazione del materiale profilattico che ne fu la conseguenza, permettono oggi di poter fronteggiare adeguatamente qualsiasi più aspro cimento contro i morbi infettivi di provenienza esotica.

In virtù di questa buona preparazione, quando, sul finire del 1911, si dovette provvedere alla organizzazione dei servizi sanitari nella Libia — dove, come è noto, nei primi tempi susseguenti alla nostra occupazione militare, infierivano numerose e temibili malattie infettive tra l'elemento indigeno — la Direzione generale della sanità pubblica, pur essendo quasi totalmente priva di tradizioni ed esperienza in fatto di sanità coloniale, seppe affrontare rapidamente il problema e risolverlo in modo più che soddisfacente. I buoni risultati ottenuti dalla nostra organizzazione sanitaria hanno avuto per effetto di diminuire notevolmente la mortalità delle più temibili malattie infettive e diffusive che colpiscono indistintamente tutti i cittadini o solamente determinate categorie di essi, come la pellagra e la malaria che sono caratteristiche delle classi rurali.

Sotto l'azione vigile ed integratrice della sanità pubblica, molti Comuni si sono affrettati a ricorrere alle provvidenze largite dalla legge 25 giugno 1911, n. 586, per provvedersi di buona acqua potabile, tanto che nei primi 15 mesi di applicazione della legge stessa si concessero mutui per ben 71 milioni di lire!

Nel campo del servizio veterinario sono state promosse e secondate tutte le iniziative aventi per iscopo la profilassi e lo studio delle più temibili malattie infettive e diffusive del bestiame. E nei riguardi con l'estero è stato, fra l'altro, stipulato l'accordo con la Francia, nell'ottobre del decorso anno, per regolare, con reciproca soddisfazione, il traffico di frontiera e l'alpeggio del bestiame nel territorio di ambedue gli Stati contraenti.

In tutti i rami di servizio, in tutti i campi della sua complessa attività, l'opera della nostra amministrazione sanitaria è stata, insomma, con disciplina e con metodo, costantemente rivolta all'incremento della prosperità nazionale ed al benessere della popolazione.

La lega contro la tubercolosi.

Ha tenuto nell'Università di Roma la sua prima adunanza il Consiglio centrale della Lega italiana contro la tubercolosi.

Erano presenti gli onorevoli marchese Lucifero e Comandini, i professori Marchiafava, Tamburini, Ascoli, Rossi-Doria, gli industriali Mele di Napoli e Cesare Goldmann di Milano, il generale Ferrero di Cavallerleone, il conte della Somaglia, il comm. Magaldi e molti altri.

Hanno scusato la loro assenza i senatori Foà di Torino e Maragliano di Genova, l'on. Barzilai, la signora Danieli di Roma e il prof. Sclavo di Siena.

L'on. Calissano, che presiedeva l'assemblea, ha inaugurato i lavori del Consiglio centrale pronunziando un applaudito discorso.

« Inesperto — egli disse — fra dottissimi, nella impossibilità quindi di tracciare io una direttiva qualsiasi, per nessun'altra ragione non affatto indegno d'essere tra voi, se non per l'amore e il fervore che porto ad ogni iniziativa come la vostra, col desiderio del bene, io mi permetto di fare una sola dichiarazione circa gli intenti nostri: tenerci cioè lontani da ogni verbosa e clamorosa azione, ma mirare, con la semplicità delle forme, e con pratici metodi, a sicuri solleciti risultati; incoraggiare, aiutare ogni utile iniziativa, da chiunque venga, che miri a debellare il nemico insidioso; coordinarle, armonizzarle, ricercare quali i mezzi migliori per scovrire il male sin dalle sue prime manifestazioni, anche se apparentemente incerte e subdole e, quindi, più pericolose, perchè inavvertite; vincere il male se possibile, e isolarlo così da renderlo non facilmente propagabile ad altri; provvedere alla così detta *autodifesa* del malato, aiutandolo col rendergli facile l'accesso agli ambulatori e ai dispensari così scarsi ancora tra noi di numero e ristretti nella loro funzione, e col divulgare quei *massimari* o *catechismi pratici* che mentre consigliano i malati, servono anche a difendere dagli infetti i sani, i deboli e gli stessi convalescenti pei quali non sarà inopportuno ricordare quello che fu già adottato altrove, cioè l'istituzione delle colonie agricole, che diede e dà buoni frutti, completando, rassodando la guarigione e preparando collo stesso lavoro e col guadagno relativo, il ritorno alla vita normale.

Certo è grave il problema al cui studio si attende e che si cerca di risolvere; più grave oggidì, non solo per il dilagare della tubercolosi in regioni nelle quali era fino a pochi giorni or sono sconosciuta, ma anche per quella deplorevole abitudine, purtroppo invalsa, indisciplinata ed indisturbata, per la quale schiere di tubercolotici, attratte dal desiderio di cure climatiche, frequentano alberghi, case d'affitto, locali, dove dopo il loro soggiorno entrano altre creature, bambini gracili, giovani deboli, donne esauste, chiedenti al mare e al monte il semplice ritorno delle loro energie ».

Concluse ricordando il lavoro delle altre Leghe organizzate in tutti i paesi civili, dove hanno già portati eccellenti risultati, e beneaugurò, applaudito, ai lavori della Lega italiana.

Le zone malariche.

La Direzione generale della sanità pubblica ha pubblicato l'elenco delle zone malariche delimitate a tutto il 31 dicembre 1912, distribuite per provincia.

Le provincie completamente immuni da malaria, che nel 1906 erano 10, e cioè Ancona, Arezzo, Cuneo, Firenze, Genova, Lucca, Macerata, Pesaro, Piacenza e Portomaurizio, sono salite nel 1912 a 13, essendo risultate completamente immuni anche quelle di Belluno, Forlì e Massa-Carrara.

Il numero delle zone malariche è risultato di 3398, divise in 2682 comuni.

La lotta antitubercolare a Pavia.

Presso il Municipio di Pavia si è tenuta una adunanza con lo scopo di organizzare la campagna contro la tubercolosi. V'intervennero alte personalità ed elette signore.

Il sindaco ing. comm. Franchi-Maggi, dopo aver ringraziato i presenti, accennò agli scopi della riunione.

I dottori Perini e Gozo esposero l'opera fin'oggi compiuta, quella avviata e quella che si spera di poter fornire. S'intrattennero sul dispensario antitubercolare istituito per merito dell'Amministrazione comunale, sulla necessità delle visite domiciliari, sulla proposta Ascoli per un refettorio annesso al dispensario e sulla coordinazione delle iniziative isolate, mediante un Comitato centrale.

Seduta stante venne iniziata una sottoscrizione che fruttò circa 700 lire. I sottoscrittori si costituirono in Comitato e delegarono al sindaco il mandato di scegliere una Commissione che assuma provvisoriamente gl'incarichi rappresentativi di presidenza.

Tutti gl'iscritti fanno parte della « Lega Nazionale per la lotta contro la tubercolosi », già prospera in Italia.

Consiglio Superiore di Sanità.

Si è adunato dal 26 al 29 giugno in sessione plenaria. Daremo in un prossimo numero il resoconto dei lavori compiuti.

Pel Congresso medico internazionale (Londra 6-13 agosto).

Ricordiamo che al sen. prof. Edoardo Maragliano, rappresentante del Comitato italiano possono rivolgersi tutti i colleghi che intendono partecipare a questo grandioso convegno.

Le quote possono anche inviarsi direttamente al tesoriere, 13, Hinde Street, London W. All'arrivo in Londra presentarsi al segretario generale Dr. W. B. Harringham (stesso indirizzo).

Per iniziativa della Associazione Italiana dei Direttori sanitari degli ospedali, e per aderire al desiderio espresso dai colleghi negli ultimi Congressi, è stata organizzata una gita d'istruzione a Londra in occasione del Congresso. Mentre sarà lasciato ai partecipanti il tempo necessario per assistere alle sedute del Congresso e prender parte ai ricevimenti ed alle visite organizzate dal Comitato ordinatore, sarà reso facile a tutti gli aderenti alla gita di visitare in comitiva la città e gli stabilimenti sanitari più importanti sotto la guida di un conduttore esperto della città stessa e della lingua inglese.

L'organizzazione è stata affidata all' agenzia « Chiari e Sommariva ». Il costo complessivo del viaggio sarà di lire 560 in 2ª classe, di lire 630 in 1ª. Si richiede la tessera ferroviaria pei ribassi che ogni iscritto avrà ricevuto dal Comitato ordinatore del Congresso subito dopo ottenuta la iscrizione; altrimenti i prezzi aumentano di lire 25 e 105 rispettivamente.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al cavaliere dottor Giovanni Guicciardi, direttore dell'Ospedale Congregazionale di Modena, membro del Consiglio direttivo dell'Associazione, a ciò delegato.

Il sen. Maragliano ci comunica:

Ogni giorno mi pervengono richieste di schiarimenti e di documenti per il Congresso Internazionale Medico di Londra. Credo quindi opportuno chiarire bene la situazione dei medici italiani rispetto a questo Congresso a scanso di equivoci prima, di recriminazioni poi.

I medici italiani debbono questo sapere: il Governo Italiano per giustificatissime ragioni di dignità nazionale aveva sospeso e giustamente l'accettazione dell'invito pervenutogli da oltre un anno di aderire al Congresso di Londra. Il Comitato ordinatore di quel Congresso, malgrado le deliberazioni della Commissione permanente dei Congressi Internazionali di Aja, di cui ho l'onore di essere vice-presidente, non aveva voluto prendere impegni chiari e precisi circa l'adozione della lingua italiana ed il Governo Italiano aveva assunta una posizione di riserva. Ne è avvenuto che di rimando la Commissione ordinatrice inglese non ha costituito in Italia come nelle altre Nazioni un Comitato di rappresentanza del Congresso ed ha provveduto senza tener conto alcuno dell'Italia nella costituzione di tutti gli uffici, nelle designazioni, nelle partecipazioni gli Italiani furono di fatto esclusi.

Il Governo Italiano solo da qualche settimana ha accettato l'invito, ma questa situazione di fatto non è mutata, nè poteva esserlo così tardivamente.

Tutto questo è bene sappiano i medici italiani acciò non si trovino spiacevolmente impressionati quando saranno a Londra di dover constatare questo stato di cose.

Il Comitato Nazionale italiano, costituitosi testè non è per il Congresso di Londra. Solo da Londra in poi entra pei Congressi internazionali di medicina in vigore un nuovo ordinamento: i corpi scientifici di ogni nazione si costituiranno in Comitato, designano 2 rappresentanti. Questi rappresentanti costituiranno legalmente la rappresentanza internazionale medica, costituiranno la Commissione permanente sedente all'Aja ed è questa Commissione permanente che provvederà all'assetto di ogni futuro Congresso. La costituzione avvenuta testè del Comitato Italiano riguarda appunto quella nuova prossima organizzazione.

Per questa volta bisogna prendere le cose come sono, ma è bene che tutti, come sono, lo sappiano. Prof. E. MARAGLIANO.

Servizi sanitari nei Balcani.

La Legazione di Serbia comunica:

« Il Governo serbo accetterebbe offerte di medici e chirurghi laureati a 600 e 800 franchi mensili d'onorario, oltre alloggio e vitto. I medici per le malattie interne sarebbero accettati soltanto come volontari ».

In varie località dei Balcani si è manifestato il colera.

Esercizio abusivo della veterinaria.

Il Ministero dell'interno, Direzione generale della Sanità pubblica, ha diramato ai signori Prefetti una circolare con lo scopo che venga eliminato completamente l'esercizio abusivo della professione veterinaria, da parte di individui sforniti di diploma.

L'opera di costoro, mentre inganna la gente semplice e di buona fede e lede gli interessi di una benemerita classe di professionisti, si esplica sovente con l'occultare la comparsa di malattie infettive del bestiame, di guisa che, in mancanza della denunzia, nessuna provvidenza può tempestivamente opporsi alla diffusione delle epizoozie: diffusione che anzi è spesso favorita dalle pratiche insane suggerite da tali esercenti abusivi, i quali ignari di ogni nozione scientifica, ispirano l'opera loro ad un cieco empirismo, contrario ad ogni progresso nel campo della profilassi e della polizia sanitaria in genere.

Queste misure interessano anche la medicina umana, in quanto che alcune zoonosi da infezione, come il carbonchio, si trasmettono all'uomo.

Nuovi giornali.

L'Inghilterra difettava ancora di un periodico esclusivamente consacrato alla chirurgia, malgrado i progressi del pensiero chirurgico e della tecnica operativa in questo paese.

Esso viene ora fondato ad iniziativa del Reale Collegio dei chirurgi. Conterrà il meglio — e solo il meglio — della produzione chirurgica inglese: memorie originali, riviste generali, recensioni.

È diretto da G. A. Moynihan. Casa editrice ne è la John Wright & Sons Ltd.

Un benvenuto cordiale.

Lasciti ed elargizioni di beneficenza in Italia.

La Cassa di risparmio di Parma ha erogato centomila lire per inaugurare una sottoscrizione a favore dell'erigendo ospedale; ha inoltre elargito lire 17,000 all'orfanotrofio Vittorio Emanuele e lire 8000 alla Congregazione municipale di carità.

Il cav. Giusto Calnazzo di Badia Polesine (Rovigo) ha lasciato circa tre milioni per fondare a Badia un brefotrofio con annessa scuola di arti e mestieri; inoltre lire 20.000 all'ospedale, altrettante alla Casa di ricovero, altrettante per fondare a Pogoleto (Udine) un asilo infantile.

La Congregazione di carità di Caledasco (provincia di Piacenza) ha ereditata la somma di lire 200,000 dal dott. Giuseppe Scopesi della Cavanna, defunto a Piacenza.

La Società delle Miniere di Monteponi (Cagliari) ha offerto lire 20 000 per l'erigendo Ospedale civile d'Iglesias, a condizione che il servizio d'ambulanza sia esteso a tutti gli operai delle miniere.

Si è spento a 85 anni, il 26 giugno, nella nativa Haslemere, sir **Jonathan Hutchinson**, il più reputato dermosifilografo inglese, il cui nome resta legato ai « denti di Hutchinson » degli eredosifilitici, a importanti studi sulla lebbra, ecc.

Un'infezione generale, penetrata dall'indice, contratta forse nell'esercizio professionale, ha portato alla tomba a 34 anni il dott. **Alfredo Gabrielli** degli ospedali di Roma.

La fine immatura del valente e amato collega ha destato profondo cordoglio. R.

Rassegna della stampa medica.

La Belg. Méd., 12 apr. VITRY. « La reazione di Moriz-Weisz nell'urina dei tubercolotici; valore prognostico ».
La Prov. Méd., 12 apr. BÉRARD, VIGNARD. « Diverticoli e cisti dell'appendice ». — THÉVENOT. « Prognosi delle nefriti croniche e azotemia ».
Münch. Med. Woch., 15 apr. KLAPP. « Chirurgia fisiologica ». — MÜLLER. « *Vasocommotio cerebri*, nuova sindrome da difetto dell'acqua nelle cure salvarsaniche ».
Gaz. d. Hôp., 15 apr. BROCA, PHILBERT. « Radiografie d'osteomieliti ».
Pathologica, 15 apr. « TIZZONI, DE ANGELIS. « Ciclo evolutivo dello streptobacillo della pellagra ». — BERTARELLI. « Sulla filtrabilità del virus tracomatoso ».
La Sem. Méd., 16 apr. WEIL. « Diagnosi batteriologica della pertosse ».
Le Bull Méd., 16 apr. SERGENT. « Gli elementi diagnostici della tubercolosi nei sifilitici ».
La Liguria Med., 15 apr. SEGÀLE. « Fisiopatologia dei surreno-privi ».
La Presse Méd., d'Ég., 15 apr. PAUL-VALENTIN. « Lo stato attuale della psicologia medica ».
Guglielmo da Saliceto, apr. CORBETTA. « Sulla mastite cistica ».
Rev. Clin. de Madrid, 15 apr. SANZ. « Polineurite pseudomiopatica ».
La Pediatria, II. ALLARIA. « La macchia sacrale blu dell'infanzia ».
Gazz. d. Osp., 15 apr. FACCHIN. « La precipitodiagnosi nelle affezioni da pneumococco di Fränckel ».
Arch. d. Mal. de l'App. Dig., ecc., apr. DAUWE. « Tubercolosi stenosante del piloro ».
La Policlinique, 15 apr. EVELY. « Ernie epigastriche e disturbi digerenti ».
Il Cesalpino, 15 apr. FABRI. « Sulla morbilità nella industria della calciocianamide (concime azotato) ».
La Presse Méd., 16 apr. ROGER. « Il liquido cefalo-rachideo nella sifilide e parasifilide nervose ».
Riv. di Patol. nerv. e ment., 16 apr. LUGARO. « A proposito dei cavalli pensanti ».
Zbl. f. Chir., 19 apr. WIETING. « Gangrena per paralisi vascolare da freddo ». — STEIN, KLAUSER. « Paralisi del frenico nell'anestesia del plesso brachiale ».
Zbl. f. inn. Med., 19 apr. RAWITSCH. « Meningite cerebro-spinale epid. guarita col siero antidifterico ».
Cornell University Med. Bullet., 3. HOOBLER. « I sali minerali nella dieta infantile ». — COLEMAN, DU BOIS. « La dieta nella febbre tifoide ». — THOMPSON. « Sulle malattie professionali ».
Gazz. Med. It., 17 apr. BOIDI-TROTTI. « La diagnosi radiologica delle malattie dello stomaco ».
Gaz. d. Hôp., 17 apr. WORMS, HAMANT « Sul priapismo prolungato e suo trattamento chirurgico ».
Paris Méd., 19 apr. ROGER. « Le meningiti sifilitiche ».
Journ. d. Prat., 19 apr. SERGENT. « Le tracheobronchiti nella sifilide secondaria ». — JAWORSKI. « Un nuovo trattamento della tubercolosi ».
Brit. Med. Journ., 19 apr. BRAMWELL, BOND. « La simulazione ».
The Lancet, 19 apr. TROTTER. « Cura delle affezioni cancerose della bocca e della faringe ». — PRITCHARD. « Il dolore addominale nei bambini. » — BROWN. « La teoria di Freud sui sogni ».
Mediz. Klinik, 20 apr. v. NOORDEN. « La dieta nel diabete grave ». — RHEINDORF. « Gli ossiuridi nelle appendici estirpate ».
Berl. Klin. Woch., 21 apr. CUSHENY. « La terapia digitalica ». — EHRENREICH. « La diagnosi röntgenologica delle malattie gastriche ».
La Presse Méd., 20 apr. GALUP. « Il linfatismo, diatesi d'anafilassi - immunità ».
Pens. Med., 20 apr. BONARDI. « Pilorospasmo nella tabe dorsale iniziale ».
La Rif. Med., 19 apr. FALCONE. « Artropatia diabetica del ginocchio; resezione; guarigione ». — TASCA. « Torsione del funicolo in ectopia inguinale del testicolo ».
Il Morgagni, apr. CASTELLANI P. « La prova dell'amido di fronte a quella dello zucchero nell'insufficienza epatica ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 20 luglio 1913 Fasc. 29

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

I recenti studi sull'identità della leishmaniosi umana e canina del Mediterraneo

per il dott. CARLO BASILE.

Il Nicolle dopo aver ottenuto la riproduzione sperimentale della *leishmania infantum* (agente etiologico della leishmaniosi infantile del Mediterraneo) nei cani, e dopo aver scoperto in cani conviventi con bambini infetti l'esistenza di una *leishmania naturale*, non avendo osservato alcuna differenza morfologica, fra le *leishmania* rinvenute nei bambini e quelle rinvenute nei cani, ammise senz'altro l'identità dei due parassiti, ed enunciò la ipotesi della origine canina della leishmaniosi (kala-azar) infantile (1908).

Io dapprima (1909) ritenni prematura la suddetta identità ammessa dal Nicolle, ma successivamente (1910) sia per i dati epidemiologici che in seguito esporrò, sia per gli studi da me fatti non solo sulla morfologia ma anche sulla biologia del parassita e sul suo modo di trasmissione sostenni anch'io che le suddette infezioni umana e canina sono veramente determinate da un identico parassita; ma mentre il Nicolle colla sua ipotesi ammetteva che la malattia fosse trasmissibile dal cane al cane e dal cane al bambino, ritenendo con ciò che, perchè un bambino si ammali è necessario che esso abbia avuto rapporti con cani infetti, io invece, ritenni che la malattia fosse trasmissibile non solo dal cane al cane e dal cane al bambino, ma anche dal bambino al bambino e dal bambino al cane; il cane per me non è un anello necessario nel ciclo del parassita.

Posteriormente alla geniale idea del Nicolle, non solo da me ma anche da altri autori furono eseguiti numerosi studi; dei quali io qui riferisco i risultati che affermano l'identità della leishmaniosi umana e canina del Mediterraneo.

Questa identità si basa sullo studio morfologico e biologico del parassita, sulla riproduzione sperimentale di esso in alcuni animali da laboratorio, sulla epidemiologia, sul decorso clinico e sulla sintomatologia del morbo, nonchè su criteri terapeutici.

L'identità morfologica dei parassiti, osservata dal Nicolle per primo, è stata ulteriormente approfondita e pienamente confermata da tutti gli studiosi dell'argomento (Basile, Crithien, Alvares, Pulvirenti, Sangiorgi, Visentini, Sergent, Lheritière, Lemaire, Lombard, Quilickini, Babington, Koll-Jackimoff, Cardamatis, Caronia, Cannata, Lignos, ecc.).

L'identità biologica è dimostrata dalle ricerche mie, di Visentini, Jackimoff, e di Bandi. È noto che un ottimo mezzo di cultura del parassita della leishmaniosi infantile è l'agar-sangue Novy-Neal-Nicolle. Io e Visentini prima, Jackimoff poi, ottenemmo con facilità anche la cultura del parassita della leishmaniosi canina in questo mezzo ove esso è indefinitamente trapiantabile; non esiste differenza alcuna colle colture del parassita della leishmaniosi infantile.

D'altro canto il Bandi ha accertato che i sieri di conigli iniettati con culture di *leishmania infantum* e di *leishmania canina* dimostrano azione aggruppante reciproca sulla specie eterologa fino al tasso di diluzione dell'1 per 160 circa.

L'identità dal punto di vista della riproduzione sperimentale negli animali da laboratorio risulta chiaramente dagli esperimenti di Nicolle, Laveran, Petit, Jackimoff, Basile, Visentini, Scordo. Il Nicolle dimostrò che tanto la forma umana (1910) che la forma canina (1912) sono trasmissibili alla scimmia; Laveran e Petit (1912), Jackimoff e Koll-Jackimoff (1912) ottennero la riproduzione sperimentale della forma umana nei topi; io in una serie di esperimenti (1913), inoculando nei topi una emulsione di milza (in soluzione fisiologica) di cane naturalmente infetto riuscii a dimostrare che questi animali sono anche recettivi della infezione canina. Le cavie e i conigli sono ritenuti refrattari tanto all'infezione generalizzata di *leishmania* di origine infantile (Nicolle, Laveran, Visentini, Scordo) che a quella di *leishmania* di origine canina (Basile: 1912) (1).

L'identità epidemiologica risulta dal parallelismo delle due infezioni, non soltanto *nella distribuzione geografica*, ma anche *nella ricorrenza di stagione*.

Dopo che il Nicolle scoprì in Tunisia la *leishmania* naturale del cane io, per il primo, segnalai l'esistenza in Italia di questa infezione; seguirono Chritien a Malta, Alvares in Portogallo, Sergent in Algeria, Cardamatis e Aravantinos in Grecia e Lignos nell'isola di Hydra. Tutte le ricerche di questi e di molti altri autori hanno accertato la completa identità *nella distribuzione geografica* della leishmaniosi infantile e canina. È ormai un fatto scientifico di grande valore che, nelle regioni Mediterranee, colà ove esiste la leishmaniosi nell'uomo esiste anche nel cane (1).

Riguardo alla *ricorrenza di stagione* un accurato studio dell'inizio della maggior parte dei casi di leishmaniosi infantile, fatto dal Gabbi e dalla sua scuola, dimostra una ricorrenza primaverile di questa malattia: queste osservazioni trovano pieno riscontro nella forma canina. Infatti le ricerche sulla frequenza della leishmaniosi canina nelle varie stagioni, iniziate dallo Alvares e continuate dal Senevet, dal Cardamatis e dal Lignos dimostrano che nei focolai endemici di leishmaniosi infantile si nota in giugno-luglio una notevole frequenza di cani infetti (perfino il 40 %); si è detto che ciò coincide col periodo in cui le pulci sono più abbondanti. Invero bisogna tener presente piuttosto a questo riguardo che, nei cani infetti per via naturale, è possibile riscontrare i parassiti nei loro organi ematopoietici solo dopo due o tre mesi dall'inizio dell'infezione, onde la notevole frequenza dei cani infetti nei mesi di giugno-luglio dimostra che l'infezione in questi animali si inizia in massima parte nei mesi primaverili; è noto del resto, anche dalle mie ricerche, che l'*optimum* di temperatura per lo sviluppo delle *leishmanie* nella pulce è di 22° centigradi; in conclusione le statistiche riferite allo inizio dell'infezione dimostrano tanto nella leishmaniosi infantile che nella canina una ricorrenza primaverile.

Espongo ora la statistica della leishmaniosi a Bordonaro (piccolo villaggio di circa 2000 abitanti presso Messina) ove il prof. Gabbi ha scoperto nell'anno 1909 un focolaio endemico importante di leishmaniosi infantile del Mediterraneo.

(1) Solo il Franchini riferisce di aver ottenuto (1911) in una giovane cavia una leishmaniosi a decorso acuto, con caratteri di setticemia, dopo aver iniettato in essa per via peritoneale un solo centimetro cubo di liquido culturale di leishmaniosi infantile; risultato simile avrebbe ottenuto il Mantovani (1912) nel coniglio, iniettando in questo per via endovenosa, anche un solo cmc. di liquido culturale di leishmaniosi infantile.

(1) Per la verità e l'esattezza scientifica, quegli studiosi che pubblicheranno nuovi casi di leishmaniosi infantile di certo non mancheranno ormai di indagare minutamente le condizioni di ambiente ove essi si sono iniziati e di renderle note corredandole da un attento esame microscopico e culturale degli organi emopoietici del cane o dei cani che eventualmente sono stati a contatto dei bambini.

Leishmaniosi nell'uomo.

Anno 1909	7 casi	(1)
Id. 1910	1 caso?	(2)
Id. 1911	3 casi	(3)
Id. 1912	3 casi	(4)
Id. 1913	?	

Leishmaniosi nel cane (5).

Anno 1909 . .	27 infetti	su 33 esaminati	
Id. 1910 . .	4 id.	su 4 esaminati	(6)
Id. 1911 . .	5 id.	su 6 esaminati	(6)
Id. 1912 . .	7 id.	su 7 esaminati	(6)
Id. 1913 . .	3 id.	su 3 esaminati	(7)

A maggior chiarezza credo ricordare che nell'anno 1909, per ragione dei miei studi, comprai e sacrificai la massima parte dei cani da me rinvenuti infetti; è notevole il fatto che l'endemia infantile, che nel 1909 era notevolmente grave, nell'anno 1910 cessò, e, tutt'al più, solamente nell'agosto 1910 ebbe inizio un nuovo caso che fu poi diagnosticato nel 1911.

Di indiscutibile valore è il recente studio del Lignos sulla leishmaniosi in Hydra. Il Lignos riferisce che nell'isola di Hydra ove vivono circa seimila abitanti e il numero delle nascite annuali non ha mai superato il 120, vi sono in media, ogni anno 10 bambini infetti di leishmaniosi; colà i cani infetti di leishmaniosi sono nella percentuale del 16.66 %.

Evidentemente questi fatti corroborano l'unità etiologica delle due infezioni che del resto è confermata da tutti gli studi finora eseguiti sulle condizioni di ambiente ove si iniziano e si evolvono i casi sporadici di leishmaniosi infantile (Basile, Sergent, Lombard, Quilickini, La Cava, Visentini, Caronia); da questi studi, costantemente sinora risulta che, qualche mese prima che i bambini si fossero ammalati, esistevano nella loro casa o nelle vicinanze, uno o più cani con i sintomi clinici di leishmaniosi, infezione dimostrata poi dall'esame microscopico dei loro organi emopoietici.

Anche il decorso clinico e la sintomatologia dell'una e dell'altra infezione coincidono perfettamente. La leishmaniosi infantile (Iemma-Longo) e canina (Basile, 1910) del Mediterraneo possono assumere una forma grave (a decorso acuto) e una forma lieve (a decorso cronico), nell'una e nell'altra si possono notare periodi febbrili, dimagramento, ipertrofia della milza, paraplegia di moto degli arti (Basile, La Cava). La forma lieve, tanto nell'uomo (Nicolle, Iemma, Caronia, Spagnolio) che nel cane (Basile) può guarire spontaneamente.

È interessante qui riferire che nella leishmaniosi canina io ho potuto talvolta osservare la milza del tutto normale nelle sue dimensioni; ma in questo caso è notevole la tumefazione delle glandole linfatiche mesenteriche e l'ipertrofia del fegato. Ciò riferisco perchè credo bene che molte forme di anemia dei bambini non accompagnata da splenomegalia possano essere anemie da leishmania.

Dal punto di vista terapeutico vi sono ancora nuove ragioni di conferma alla suddetta identità. Le mie ricerche (1910) sull'azione del salvarsan nella leishmaniosi naturale del cane furono eseguite contemporaneamente a quelle del Longo nella leishmaniosi infantile: noi dimostrammo che queste due infezioni non guariscono iniettando nell'organismo infetto (bambino o cane) la dose massima umana terapeutica del salvarsan (1 centigrammo per kg. di animale). Queste nostre ricerche furono indirettamente confermate dal Nicolle (1911) e dal Caryophillis e Sottiriades (1912).

(1) Fr. De Domenico, A. Celesti, Fr. Galletta, Cesare Di Salvo, G. Panarella, Tomm. Galletta, Nic. De Salvo.

(2) Il dott. Spagnolio alle cui attive ricerche si deve la conoscenza di numerosi casi di leishmaniosi infantile, riferendo il numero dei casi verificati nell'anno 1910 nel comune di Messina così scrive (*Malaria*, febbraio 1911, pag. 151): « nessun caso mi venne denunciato in Bordonaro, centro endemico già descritto l'anno scorso dal ch. prof. Gabbi ».

Il Gabbi però, in una nota posteriore (*Malaria*, ottobre 1911) riferisce che l'inizio della leishmaniosi nella bambina S. Gemelli sarebbe avvenuto nell'agosto 1910.

(3) Giuseppe Arena, Grazia De Salvo, Crupi Luigi.

(4) Luigi Raffa, Volta Francesco, Crupi Giuseppe.

(5) A Bordonaro la massima parte degli abitanti è dedita alla pastorizia ed alla caccia, onde i cani sono numerosissimi; per tali ricerche però vennero scelti i cani che presentavano la caratteristica sintomatologia clinica della leishmaniosi; per questa ragione i dati delle mie ricerche non debbono essere interpretati come percentuale.

(6) Non escludo la possibilità che vi possano essere stati altri cani infetti.

(7) Uno di questi cani intensamente infetto conviveva nel cortile dell'Annunziata (Bordonaro) con altri due cani che presentavano anch'essi la sintomatologia clinica della leishmaniosi e che, a quanto mi fu riferito, morirono nei primi di febbraio; il secondo che cominciò ad ammalarsi nel 1911, fu trovato a riposarsi nel letto del bambino Volta Francesco che successivamente nel maggio 1912 si ammalò di leishmaniosi (*Malaria*, marzo 1913). Il terzo fu rinvenuto infetto durante la correzione delle bozze della presente rivista.

Il Nicolle ottenne la scomparsa dei parassiti in un cane sperimentalmente infetto di *leishmania infantum* iniettando in esso 2 cgm. di salvarsan per kg. di animale ed il Caryophillis e Sottiriades riferiscono che è possibile la guarigione dei bambini infermi ripetendo in essi più volte una iniezione endovenosa di 30-40 cgm. di salvarsan.

Il complesso dei risultati degli studi su riferiti dà una granitica base scientifica all'identità della leishmaniosi umana e canina del Mediterraneo, le quali infezioni, per come è noto dalle mie ricerche, hanno nella pulce il loro ospite trasmissore.

Queste mie ricerche sul modo di trasmissione delle suddette leishmaniosi del Mediterraneo furono iniziate e condotte a termine nell'Istituto del prof. Grassi, seguendo il metodo « della limitazione delle forme sospette per via di comparazione » che l'illustre mio Maestro ha proposto sin dal 1892 per la ricerca degli ospiti trasmissori.

Io tralascio di riferire nel loro dettaglio le particolari mie ricerche sul modo di trasmissione di queste infezioni, esse saranno argomento di altra mia nota; queste mie ricerche pienamente e rigorosamente confermate, sono state del tutto accettate nel campo scientifico (1). L'umanità esige ormai che una rigorosa profilassi della leishmaniosi infantile, che tanti bambini colpisce mortalmente nelle regioni meridionali d'Italia, sia al più presto iniziata; essa deve mirare alla distruzione dei cani infetti ed allontanamento dei cani dai bambini.

Prima di por termine a questo mio scritto desidero riferire alcune ricerche che riguardano la identità o meno della leishmaniosi infantile del Mediterraneo alla leishmaniosi umana delle Indie (kala-azar). È noto che la prima colpisce quasi esclusivamente i bambini, e la seconda attacca gli adulti, pur tuttavia queste due infezioni sono ritenute da più studiosi, identiche non solo nel decorso e nella sintomatologia clinica, ma anche in alcuni caratteri morfologici e biologici del parassita che le determina; indiscutibilmente però si differenziano in un importante dato della loro trasmissione sperimentale ai comuni animali da laboratorio. Le *leishmania infantum* e le *leishmania Donovani* sono bensì ambedue trasmissibili sperimentalmente alle scimmie ed ai topi ma merita profonda considerazione il fatto che mentre le *leishmania infantum* sono trasmissibili sperimentalmente al cane, le *leishmania Donovani*, invece, per come è stato dimostrato dal Patton e confermato dal Row, non sono trasmissibili a questo animale; ciò si accorda colle ricerche del Donovan, secondo il quale, in India non esisterebbe la leishmaniosi naturale nel cane; onde sia il dato sperimentale, che il dato etiologico conducono ad affermare finora che la *leishmania infantum* non sia affatto identica alla *leishmania Donovani*.

Dall'Istituto di anatomia comparata della regia Università di Roma.

Maggio, 1913.

Dopo la composizione tipografica di questa rivista è apparsa nel *Bull. Soc. Path. Exot.*, giugno 1913 una nota di Yackimoff il quale riferisce che a Taxkent, ove sono stati descritti casi di leishmaniosi infantile, si trova circa il 29 % di cani infetti di leishmaniosi; tale percentuale si approssima a quella da me ottenuta nelle ricerche sulla esistenza della leishmaniosi nei cani di Roma.

(1) Vedi: CASTELLANI e CHALMERS: *Manual of Tropical Medicine*; Seconda edizione. Anno 1913.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

I disturbi respiratori negli uremici.

(PAL, *Med. Klinik*, 1912, n. 50).

Nel corso della nefrite si riscontrano non di rado disturbi del respiro vari per la genesi e per i caratteri.

In un primo gruppo vanno poste quelle alterazioni respiratorie le quali rappresentano un effetto immediato della tossiemia, sono cioè direttamente in rapporto con l'azione delle sostanze tossiche sul cervello. A questo gruppo appartiene anzitutto il respiro aumentato di frequenza e di profondità, sì da essere nettamente percettibile all'udito; questa respirazione compare anche nei gradi più lievi della sonnolenza, e si dilegua quando il sensorio ritorna completamente libero: essa viene spesso indicata con la denominazione di asma, ma probabilmente corrisponde alla dispnea uremica semplice di Weiss; nelle curve stetografiche l'A. non ha ritrovato speciali contrassegni, mentre Hofbauer ritiene di notarvi caratteri evidenti di espirazione attiva. Secondo l'A. tale respirazione rappresenta la forma più caratteristica di dispnea uremica, ma può venire osservata anche in altre intossicazioni; sembra dovuta ad una stimolazione del centro respira-

torio. Nei gradi più avanzati della sonnolenza e nel coma si ha un graduale passaggio da questo disturbo ad un'altra forma di respiro la quale presenta i medesimi caratteri della « grande respirazione » descritta da Kussmaul nel coma diabetico. Questa « grande respirazione » è più rumorosa e più profonda della precedente; secondo l'A. essa dipenderebbe dalla interruzione di rapporti fra alcune parti del cervello, interruzione dovuta all'edema cerebrale. Il disturbo respiratorio più frequente negli uremici è costituito dal fenomeno di Cheyne-Stokes, la cui genesi ci è ancora sconosciuta; esso rappresenta un sintoma prognosticamente assai sfavorevole, ma tuttavia è anche possibile che il fenomeno scompaia e che il malato migliori. Esistono inoltre, negli uremici, altre modificazioni del respiro il cui carattere essenziale è rappresentato dalla irregolare lunghezza delle pause.

Il secondo gruppo comprende quei disturbi respiratori che sono con la tossemia in rapporto indiretto, che sono cioè dovuti all'effetto delle sostanze tossiche sul sistema circolatorio, e per mezzo di questo sui centri respiratori. Questi disturbi appartengono esclusivamente al complesso sintomatico della uremia acuta, e sono in rapporto con l'aumento della tensione arteriosa che è caratteristico di questa sindrome morbosa; essi possono presentarsi in due forme diverse: la cardiaca e la cerebrale. La forma cardiaca è dovuta all'aumento di pressione nell'atrio sinistro, aumento dovuto alla insufficenza del ventricolo sinistro, il quale, nell'accesso di uremia, non è più in grado di superare la resistenza che è in rapporto con l'aumentata tensione arteriosa. Si ha così una stasi nelle vene polmonari, la quale dà luogo al prodursi di una grave dispnea. Clinicamente, oltre la detta dispnea, che è prevalentemente inspiratoria, si riscontra pallore cianotico, dilatazione acuta dei polmoni, talora anche edema polmonare; il polso è dapprima assai teso, ma, col sopravvenire dell'insufficienza cardiaca, diventa piccolo e molle. La forma cerebrale è rappresentata clinicamente da una dispnea parossistica (fino a 60-70 e più respirazioni al minuto), senza apprezzabili alterazioni obbiettive a carico dei polmoni, e con notevole aumento nella tensione del polso. Questo aumento di pressione deve, secondo l'A., venire interpretato non come un fenomeno concomitante, ma come la causa dell'attacco. Questo sarebbe appunto dovuto alle modificazioni circolatorie nel sistema nervoso centrale, giacchè, secondo le esperienze dell'A., l'aumento della pressione porterebbe ad una iperemia del cervello, e questa farebbe a sua volta aumentare la pressione del liquido cerebro-spinale. Questa teoria verrebbe confermata dagli effetti favorevoli ottenuti mediante il salasso e la puntura lombare.

Dal punto di vista diagnostico, i disturbi del primo gruppo devono venir giudicati come assai gravi; essi fanno parte del quadro subacuto o subcronico dell'uremia, e non sono modificabili se non per mezzo di quegli interventi che mirano a combattere la malattia fondamentale. I disturbi del secondo gruppo sono, è vero, assai eclatanti, ma essi hanno essenzialmente una origine meccanica, e sono quindi modificabili mediante la puntura lombare, il salasso, ecc.

V. FORLÌ

CHIRURGIA.

Contributo allo studio delle rotture spontanee della milza.

(SVEN JOHANSSON. *Revue de chirurgie*, n. 7 del 1912).

L'A. riporta un caso occorsogli di rottura spontanea della milza in individuo di 39 anni, con cancro dello stomaco, e metastasi peritoneali.

Tutte le statistiche riportate riguardano nella quasi totalità casi di rotture traumatiche della milza. Per rotture spontanee invece le descrizioni di interventi chirurgici sono rarissime. Non vi è rivista completa e generale di questi casi; vi sono solo comunicazioni isolate nei periodici, specie inglesi, perchè i casi sono più frequenti nelle regioni tropicali.

Già Morgagni scriveva: « si humidus et pultaceus lien est, factus per se ruptum et repentinae mortis causam fuisse constat ». E Berger: « Nel più lato senso della parola la rottura spontanea designa lo scoppio della milza sotto l'influenza della elevazione della pressione sanguigna ». Rokitansky riteneva che questo caso può prodursi in milze tifiche o malariche. Ma non è possibile dimostrare che sia realmente così, poichè non si potrà mai escludere la possibilità di una contrattura muscolare attiva, come causa concomitante. Ora se una milza si rompe per uno starnuto o per un movimento insignificante del malato per raddrizzarsi sul letto, non è certamente la stessa cosa di un colpo, anche leggero, nella regione splenica, che determina la rottura. Nel primo caso si ha rottura spontanea, nel secondo rottura traumatica.

Cercando di stabilire la *frequenza delle rotture spontanee* nei differenti stati patologici, la *malaria* si incontra il più spesso. Dopo la malaria, la *febbre tifoide* determina il più frequentemente la rottura della milza. Da un lavoro di Bryan risulta che in nessun caso di febbre tifoide si diagnosticò la rottura della milza, poichè questa ha luogo in generale nel terzo settenario della malattia. Pertanto la rottura può avvenire anche nella convalescenza, e senza che la milza sia ipertrofica, osservazione che è stata pure fatta per le milze malariche.

Altra malattia nella quale può avvenire la rottura spontanea della milza è la *febbre ricorrente*. Petersen ne ha raccolti 14 casi nella letteratura, contro altri 16 avvenuti per ascessi dell'organo. Nei suoi 6 casi la sede della lesione fu nella faccia convessa o mediana dell'organo, donde l'A. ritiene che l'accidente avvenne per una pressione più forte dello stomaco, o per la pressione esercitata dal diaframma.

Nel *tifo esantematico* fu pure riscontrata la rottura spontanea; in un caso da Kernig, in un altro da Klemperer, in un altro ancora da Asser.

Alcuni casi di rottura spontanea si sono prodotti durante la *gravidanza* al momento del parto o nel periodo puerperale (Husband, Wilson, Cunningham, Hubbard, Schwing); due casi sono registrati in individui affetti da *degenerazione amiloide* dell'organo (riportati da Strada). Aufrecht ha avuto occasione di osservare un caso di rottura in una *granulia*; Cohnheim un altro in un individuo con *varici spleniche*; Russ un terzo caso in un soggetto emofiliaco. Vi sono poi due casi (Rokitansky) di rottura della milza spontanea in *leucemici*.

L'*aspetto delle rotture prodottesi spontaneamente* è dei più vari. Si possono distinguere le seguenti forme: 1° rottura semplice della capsula, lineare od irregolare, unica o multipla; 2° rottura interessante non solo la capsula ma anche la polpa; 3° rottura di parti più o meno considerevoli dell'organo, compresavi la capsula; 4° rottura completamente intraparenchimatosa; 5° scollamento della capsula, con emorragia sottocapsulare; 6° combinazione di queste differenti forme. La grandezza delle rotture non è in rapporto col volume dell'organo e lo spessore della capsula (Kon). La sede della rottura è pure molto varia. Quanto all'esito, la morte si è verificata molto più presto dopo piccole rotture che dopo grandi rotture. Quanto al meccanismo della rottura, si è indotti a credere che nelle grandi rotture un aumento della pressione del sangue sia sufficiente a fare rompere i tessuti resi fragili da un processo patologico; nei casi in cui vi è stato un movimento brusco od altra causa analoga, si è paragonato il meccanismo della rottura a quello di una vescica ripiena di liquido, che scoppia sotto l'azione di un colpo. Si è anche incriminata una tensione o flessione che superi il limite di elasticità della capsula. Nei casi in cui la milza era aderente al diaframma od allo stomaco, si è ammesso che i movimenti di questi organi abbiano potuto provocare la rottura.

La prognosi della lesione è generalmente infausta. La guarigione spontanea, per quanto eccezionale, è possibile (Hengeler, Kernig).

Quanto ai *sintomi*: occupa il primo posto la *anemia*. La sintomatologia comincia con dolori vivi all'addome, talvolta, ma non sempre localizzati alla milza. Compaiono quindi i segni generali di anemia: polso rapido, pallore, sudori freddi, angoscia e spesso vomiti, poi ipotermia o ipertermia. Vi ha spesso difesa muscolare. La *diagnosi* sul vivo esatta è eccezionale. In generale si diagnostica l'emoperitoneo, o si pensa a peritonite da perforazione. Un sintoma frequente, ma non costante nè patognomonico consiste nella scomparsa o diminuzione di una resistenza a livello della milza, quando compaiono i sintomi acuti; un altro del medesimo valore (Pitt e Balance) è dato dalla presenza di una ottusità nel fianco destro spostabile quando si fa decombere il malato a sinistra, e da una eguale ottusità nel fianco sinistro, non spostabile quando il malato si fa decombere sul fianco destro.

Quanto *alla cura*, all'A. sembra che nei casi di rottura di milze infettive, siano tifiche, siano settiche, è miglior consiglio estirpare la milza, e curare la peritonite secondo le regole abituali.

Per ciò che riguarda le milze malariche, bisognerà, appunto pel grande rischio di rotture, aumentare ancora il numero delle indicazioni alla splenectomia.

Davanti a sintomi, che facciano supporre la peritonite da perforazione, od una emorragia intraaddominale, in persona con milza notoriamente grande, per esempio nei tifosi, occorrerà sempre tener conto della possibilità di una rottura spontanea della milza e ricorrere senza ritardo alla operazione.

Dott. G. QUARTA.

Il fascicolo di luglio 1913 della nostra **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

OSSERVAZIONI CLINICHE

Incrocio spino-facciale per paralisi traumatica del nervo facciale

per il dott. POMPONI ENRICO, capitano medico.

E... C..., sott'ufficiale di marina, di anni 34, la sera del 1° luglio dello scorso anno, per ragioni intime, si esplose un colpo di rivoltella alla regione auricolare destra.

Trasportato d'urgenza all'Ospedale di Santa Maria della Consolazione ebbe colà i primi soccorsi e vi rimase degente dieci giorni, trascorsi i quali, permettendolo le migliorate condizioni generali, venne fatto ricoverare all'Ospedale militare del Celio, nel riparto chirurgico da me diretto.

Esame obbiettivo. — Individuo di buona costituzione organica: colorito della pelle abbronzato, delle mucose visibili roseo; apparato scheletrico e masse muscolari ben sviluppate, pannicolo adiposo in discreta quantità. Senza precedenti morbosi nè ereditari, nè personali importanti.

All'ispezione notavasi: nella conca dell'orecchio destro, al medesimo livello del meato auditivo esterno ma un centimetro più indietro un piccolo foro, quasi circolare, del diametro di 5-6 millimetri, avente i margini irregolari e contusi con attorno un alone nerastro, più esteso verso la parte anteriore.

Dal suddetto foro fuoriusciva del liquido composto di sangue e pus. La cute della regione auricolare nonchè mastoidea e parotidea superiore era alquanto arrossata, ed i tessuti molli sensibilmente tumefatti, specie alla base della mastoide dove con la pressione si lasciavano le impronte digitali.

Ciò, però, che maggiormente sorprendeva e che risaltava ad un primo esame era certamente una marcata asimmetria facciale. I solchi della metà destra della fronte meno pronunziati che a sinistra, le due palpebre aperte più del normale, meno accentuato il solco nasolabiale, il labbro superiore spostato in basso e leggermente stirato verso sinistra; il solco nasolabiale mediano deviato a sinistra.

L'infermo non riesciva nè a corrugare la metà destra della fronte, nè a chiudere completamente le palpebre; provandosi a gonfiare le gote o a fischiare, l'aria gli sfuggiva dalla commessura labiale di destra: atteggiando la bocca in modo da mostrare i denti, la commessura labiale di destra veniva contratta.

La sensibilità della metà destra della faccia agli stimoli tattile, termico e dolorifico era notevolmente diminuita, ed in alcuni punti, specie nel territorio innervato dalla branca superiore del facciale (temporo-facciale) era completamente abolita. La sensibilità auditiva di destra accentuatamente diminuita, sentiva appena alla distanza di pochi centimetri.

Provata la specillazione si riusciva facilmente a penetrare in un canale che si approfondava per circa cinque centimetri in una direzione leggermente inclinata verso l'alto ed in avanti, e ad avere la sensazione come se si fosse toccato un corpo metallico. La specillazione però riusciva dolorosa all'infermo.

Dal quadro obbiettivo che presentava l'infermo e dalla sede della lesione anatomica era facile formulare la diagnosi di paralisi del nervo facciale di destra consecutiva alla ferita d'arma da fuoco alla regione auricolare dello stesso lato. La paralisi era dovuta ad una lesione traumatica grave e persistente, e quindi più manifeste e durature dovevano risultare in appresso le conseguenze; oppure il trauma nervoso era di lieve entità, onde ai disturbi sul momento abbastanza accentuati sarebbe succeduta in un tempo più o meno lungo la completa reintegrazione funzionale?

In altri termini, ci trovavamo dinanzi ad una vera e completa interruzione dell'innervazione facciale, o piuttosto il nervo facciale era stato semplicemente contuso o parzialmente reciso in modo da ostacolare solo temporaneamente la funzione?

Questione questa di evidente importanza per il pronostico che si poteva fare nell'ulteriore ricupero della funzione dei muscoli paralizzati, ma più ancora per la condotta da doversi chirurgicamente seguire. La risoluzione o l'aggravamento dei sintomi obbiettivi da una parte, un intervento operativo e la ricerca del facciale dall'altra erano le sole vie che potevano condurci ad una diagnosi esatta.

Meglio sarebbe stato certamente l'intervento, inquantochè oltre al vantaggio di far meglio constatare lo stato del nervo, avrebbe dato l'opportunità di rimuovere il proiettile dal fondo della ferita. A questo l'infermo recisamente si oppose nonostante gli fossero state fatte conoscere le tristi conseguenze alle quali sarebbe potuto andare incontro.

Per due mesi rimase fermo nel suo proposito assoggettandosi solo a delle applicazioni elettriche, nella speranza che fossero esse sufficienti a correggergli la deformazione facciale. Localmente si praticarono le comuni medicature sino a che la ferita si ridusse ad un piccolo tragitto, dal quale però continuava a fuoriuscire liquido siero-purulento e di tanto in tanto qualche piccolo frammento osseo.

Trascorso detto tempo, persuaso che la deformazione facciale andava rendendosi sempre più manifesta e fastidiosa, sia per il facile sgorgo della saliva dalla bocca, sia per la facile lagrimazione, allora soltanto vista fallita ogni speranza di miglioramento chiese spontaneamente di essere operato. (Vedi fig. n. 1).

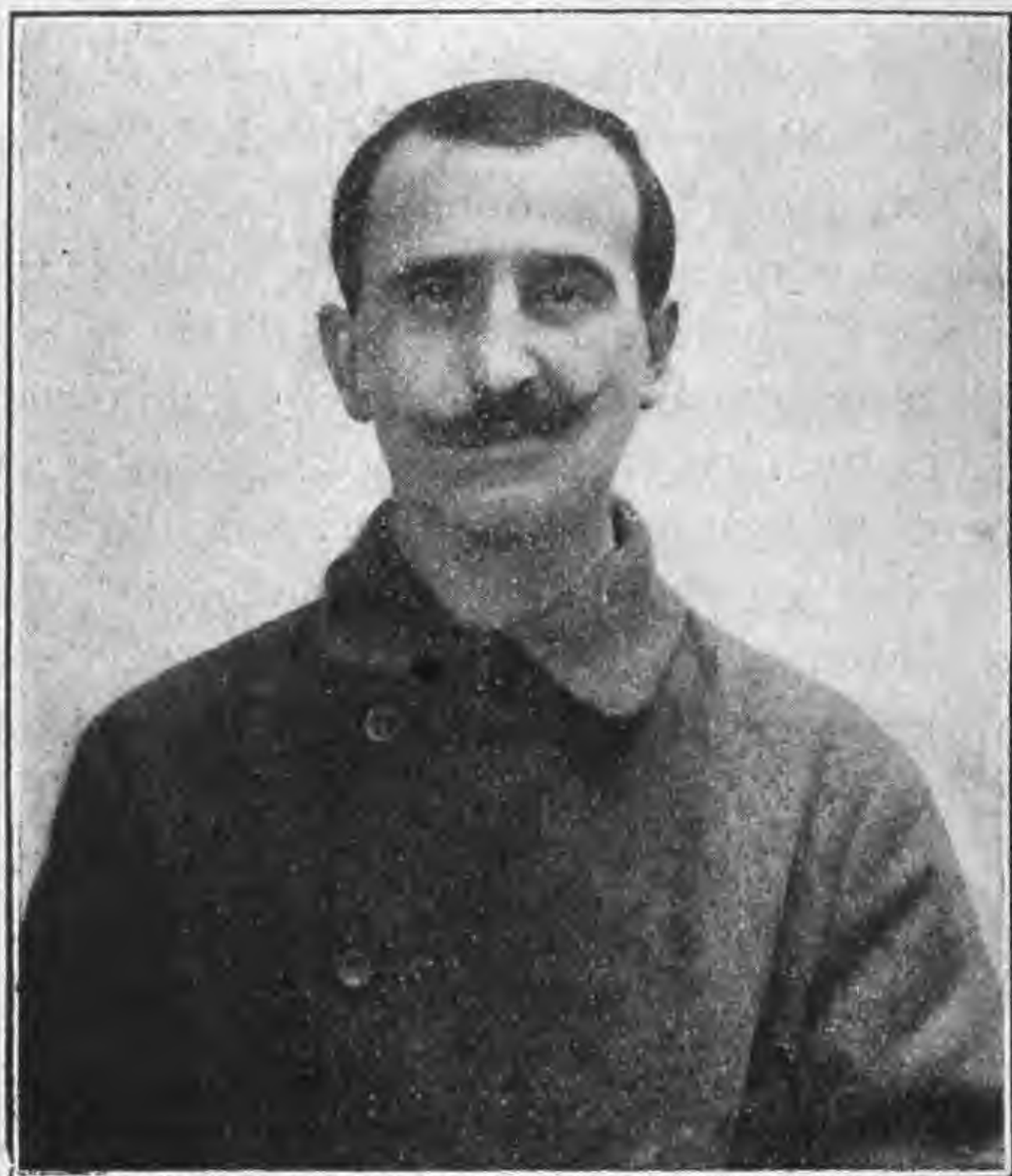



Fig. 1.

L'atto operativo fu eseguito il 4 settembre. Previa narcosi cloroformica, con un taglio ellittico post-auricolare distaccai il padiglione dell'orecchio; indi con una piccola sgorbia e sulla guida di una sonda ampliando il canale scavato dal proiettile, potei giungere, attraverso tutto lo spessore della mastoide, al di là della medesima fino alla base del processo stilo-mastoideo. Il piccolo proiettile di piombo dopo avere attraversato l'apofisi mastoidea in tutto il suo spessore nella sua parte anteriore e superiore erasi colà fermato, deformato e schiacciato, avendo acquistato la superficie di una moneta da un centesimo. Con qualche difficoltà riuscii però ad estrarlo senza dover ricorrere al suo spezzettamento. Provai in appresso a rintracciare nella sua posizione anatomica il nervo facciale, ma ogni ricerca mi riuscì vana: evidentemente il proiettile nel percorso tenuto l'aveva incontrato e reciso, e successivamente il processo flogistico ne aveva distrutto ogni traccia. Ciò fatto, il mio compito mi sembrò esaurito; qualunque altro procedimento giudicai inopportuno o pericoloso data la setticità della regione operatoria. Fatta un'accurata toletta della parte, asportati i piccoli frammenti ossei staccati, tamponai con garza all'iodoformio e nei giorni successivi continuai il medesimo trattamento. Dopo circa quaranta giorni dall'atto operativo il cavo era già colmato, la ferita completamente cicatrizzata, dall'orecchio era cessata ogni secrezione. Dall'esame elettrico praticato risultò: conducibilità del nervo facciale interrotta (poichè eccitando il nervo col massimo della corrente galvanica non si determinava alcuna contrazione dei muscoli da detto nervo innervati); ipoeccitabilità dei muscoli innervati dal facciale; contrazione dei muscoli orbicolare delle labbra, triangolare delle labbra, quadrato del mento, lenta e quasi vermicolare; che nei suddetti muscoli la CCKa < CC An.

Fu allora che incoraggiato da quanto avevo letto intorno agli studi sugli innesti nervosi e più ancora dallo splendido successo ottenuto dal professor Purpura in una giovinetta affetta da paralisi reumatica del facciale sinistro, datante da quattro anni, nella quale aveva fatto l'incrocio spino-facciale, proposi all'infermo un intervento operativo analogo a quello eseguito dal Purpura. Questa volta l'infermo fu più ragionevole ed accettò senz'altro.

Il 25 novembre, poco più di due mesi dopo la prima operazione procedei al secondo atto operativo.

Narcosi mista con etere e cloroformio. Fatta un'incisione di circa 10 centimetri dietro l'orecchio destro partendo un centimetro al disopra dell'apice della mastoide e andando in basso parallelamente al margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo, dopo avere spostato in avanti ed in alto la glandola parotidea e in dietro lo sterno-cleido-mastoideo, andai alla ricerca del nervo facciale quando esce dal foro stilo-mastoideo. Senonchè, causa il trauma precedente che aveva dato luogo alla perdita dei rapporti anatomici, ed i tessuti fibrosi neoformati dopo la prima operazione, la ricerca del facciale nel punto di elezione mi riuscì assolutamente impossibile. Dovetti allora mutar direzione e andarne alla ricerca in mezzo alla parotide prima della sua divisione nelle branche terminali. Anche qui il lavoro fu un po' lungo, ma con pazienza riuscii a trovarlo e separarlo dagli acini glandolari per un buon tratto. Era assottigliato ed aveva perduto la naturale lucentezza; stimolato non dava luogo ad alcuna contrazione.

Lo sezionai, ed il capo del moncone periferico lo diressi verso il basso, pronto ad unirlo al ramo dello spinale del quale andai alla ricerca successivamente.

Spostato ancor più indietro e rovesciato all'esterno lo sterno-cleido-mastoideo per meglio scoprire la sua faccia profonda, mi fu dato facilmente vedere lo spinale quando uscito dal disotto dei muscoli digastrico e stilo-ioideo, dopo essersi anastomizzato con qualche ramo del plesso cervicale, si immette nel muscolo.

Mentre mi accingevo a reciderlo, potei osservare come il tronco nervoso non fosse unico bensì costituito da due cordoncini tenuti ravvicinati da una guaina lamellare. Che fossero

due tronchi distinti e che quantunque ambedue entrassero tra le fibre dello sterno-cleido-mastoideo, aveva ciascuno una attribuzione propria, potei rilevarlo dal fatto che pizzicando ora l'uno, ora l'altro dei due cordoncini, si producevano contrazioni separate o del cucullare o dello sterno-cleido-mastoideo. Quello esterno apparteneva evidentemente al cucullare, quello interno allo sterno cleido-mastoideo. Tale particolarità anatomica che per quanto abbia ricercato, mi è risultato non sia stata altra volta notata, mi lasciò un po' titubante sulla scelta del procedimento da dover tenere; se cioè fosse stato più indicato per una migliore riuscita e ad evitare la possibile persistenza associativa motoria, prendere uno solo dei due rami o tutti e due e nel primo caso quale dei due.

Considerato che lo spessore di ciascun ramo era abbastanza considerevole per il nervo sul quale doveva farsi l'incrocio e che tagliando un solo ramo avrei portato minor danno, mi decisi a tagliare soltanto la branca esterna, lasciando così l'innervazione dello sterno-cleido-mastoideo, muscolo con funzione più importante. Staccato il ramo sezionato da quello rimasto illeso fin sotto il muscolo digastrico, senza passarlo come fece il Purpura al disotto del ventre posteriore di questo, facendogli fare un'ansa perchè nel caso mio disponevo di un moncone nervoso abbastanza lungo, ne unii l'estremità con quella del ramo periferico del facciale, mediante un filo sottilissimo di catgut passato a tutto spessore tra le fibre nervose. Ottenuto così un perfetto combaciamento, ne assicurai la stabilità con altri due punti messi ai lati e comprendenti le sole guaine. Feci un primo piano profondo cercando di addossare ai due nervi anastomizzati del tessuto cellulare, ed infine suturai la ferita cutanea con seta a punti staccati.

Decorso post-operativo normale ed asettico; il sesto giorno tolsi i punti, la ferita operatoria essendo cicatrizzata per prima.

Dopo qualche giorno l'ammalato accusò una certa pesantezza alla spalla destra, ma muoveva liberamente e girava la testa in ogni senso senza difficoltà. L'asimmetria facciale non subì alcun aggravamento. Dopo 20 giorni dall'atto operativo, pur restando il quadro immutato, all'infermo sembrò notare qualche lieve modificazione in meglio; difatti allorchè rimaneva coricato riusciva ad abbassare, sebbene leggermente, la palpebra superiore e provandosi a gonfiare le gote avvertiva una maggiore resistenza, quasicchè i muscoli avessero ripreso un po' di tonicità. Intanto era scomparso il peso alla spalla e poteva muovere liberamente l'arto corrispondente. Il 22 dicembre l'ammalato desiderò esser dimesso dall'ospedale per recarsi in famiglia, promettendo di tenermi al corrente di ogni successiva modificazione.

Quaranta giorni dopo l'uscita dall'ospedale e cioè 70 dall'atto operativo, mi informava che già cominciava a notare un miglioramento nella asimmetria della faccia essendosi in parte ripristinato il solco naso-labiale e la guancia risultando meno appianata.

Aveva continuato le applicazioni elettriche e già la conducibilità nervosa era in qualche momento manifesta. Nessun accenno ancora di movimenti volontari.

Trascorsi altri 40 giorni, la reazione allo stimolo elettrico si poteva osservare su tutto il territorio innervato dal facciale. Cominciava a poter chiudere le palpebre, la piega nasogeniena appariva più distinta. Notavasi una certa ipotrofia del muscolo cucullare, la fossa sopraclavicolare destra era un po' più incavata della sinistra.

Avendo cominciato, per mio consiglio, ad eseguire esercizi innanzi ad uno specchio onde sviluppare la funzione nei muscoli che erano stati paralizzati, un mattino dopo pochi giorni da che eseguiva tali esercizi sentì e vide stirarsi l'angolo destro della bocca, provocato come da un sorriso. Provò a ripetere tale movimento altre volte, ma vi riuscì solo parzialmente, poichè presto i muscoli si stancavano a rimanere in tale atteggiamento.

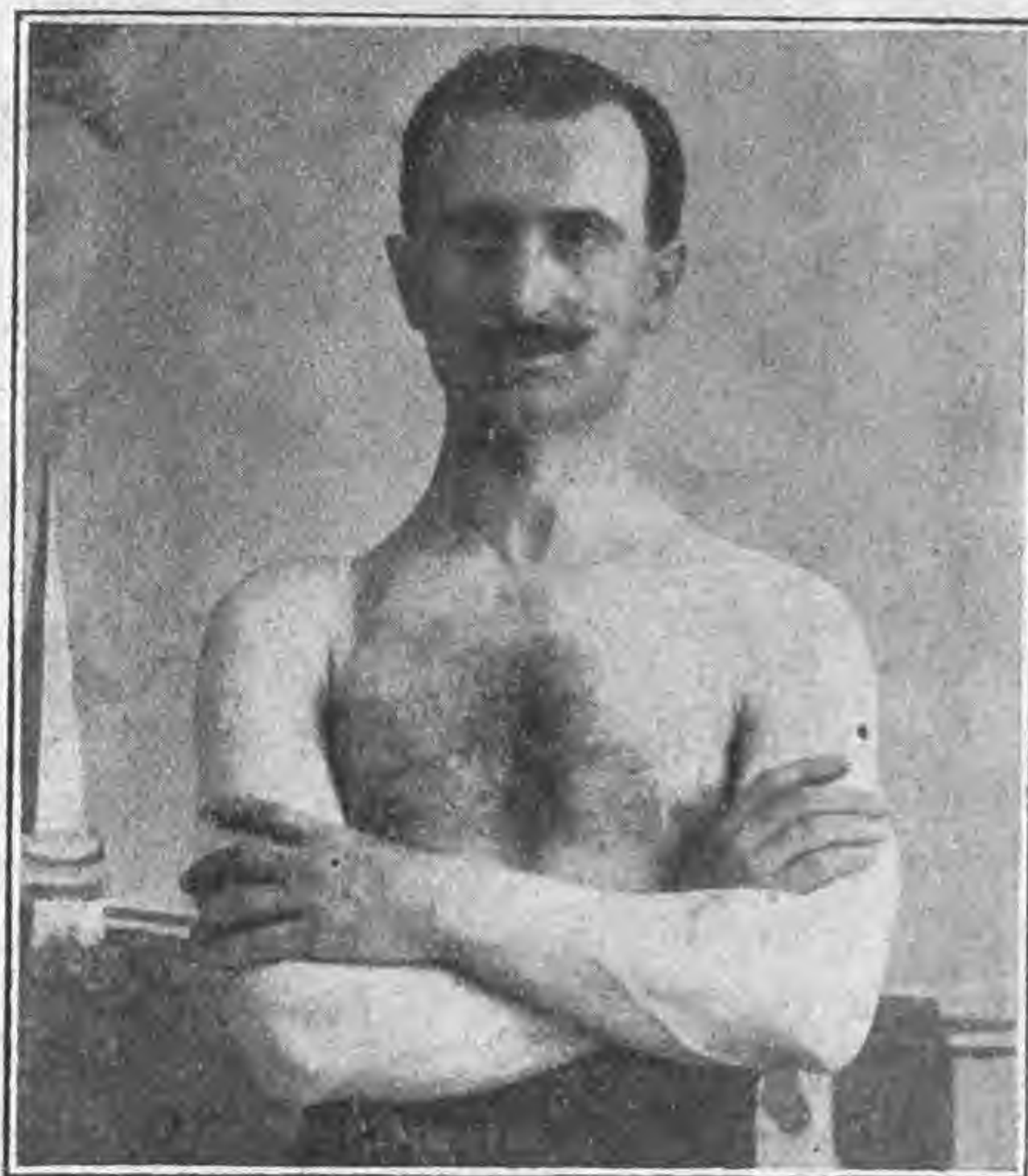



Fig. 2.

Sui primi del maggio scorso e cioè dopo cinque mesi appena dell'operazione, il miglioramento aveva già acquistato un valore molto più considerevole. Come rilevasi dalla figura n. 2, la correzione dell'asimmetria facciale era abbastanza manifesta, profondo il solco nasogenieno, risollevato l'angolo labiale, la rima palpebrale di ampiezza quasi uguale a quella di sinistra; un po' più manifesta l'atrofia del cucullare. A questo punto inoltre altri due fatti erano già rilevabili e di maggiore importanza: si rendevano distinti ed estesi a quasi tutti i muscoli della guancia dei movimenti fibrillari allorchè l'infermo si provava a metterli in movimento; di più ogni qualvolta si atteggiava ad elevare il moncone della spalla o elevava completamente l'arto, si determinavano nei suddetti muscoli una involontaria accentuata contrazione. Figura n. 3.

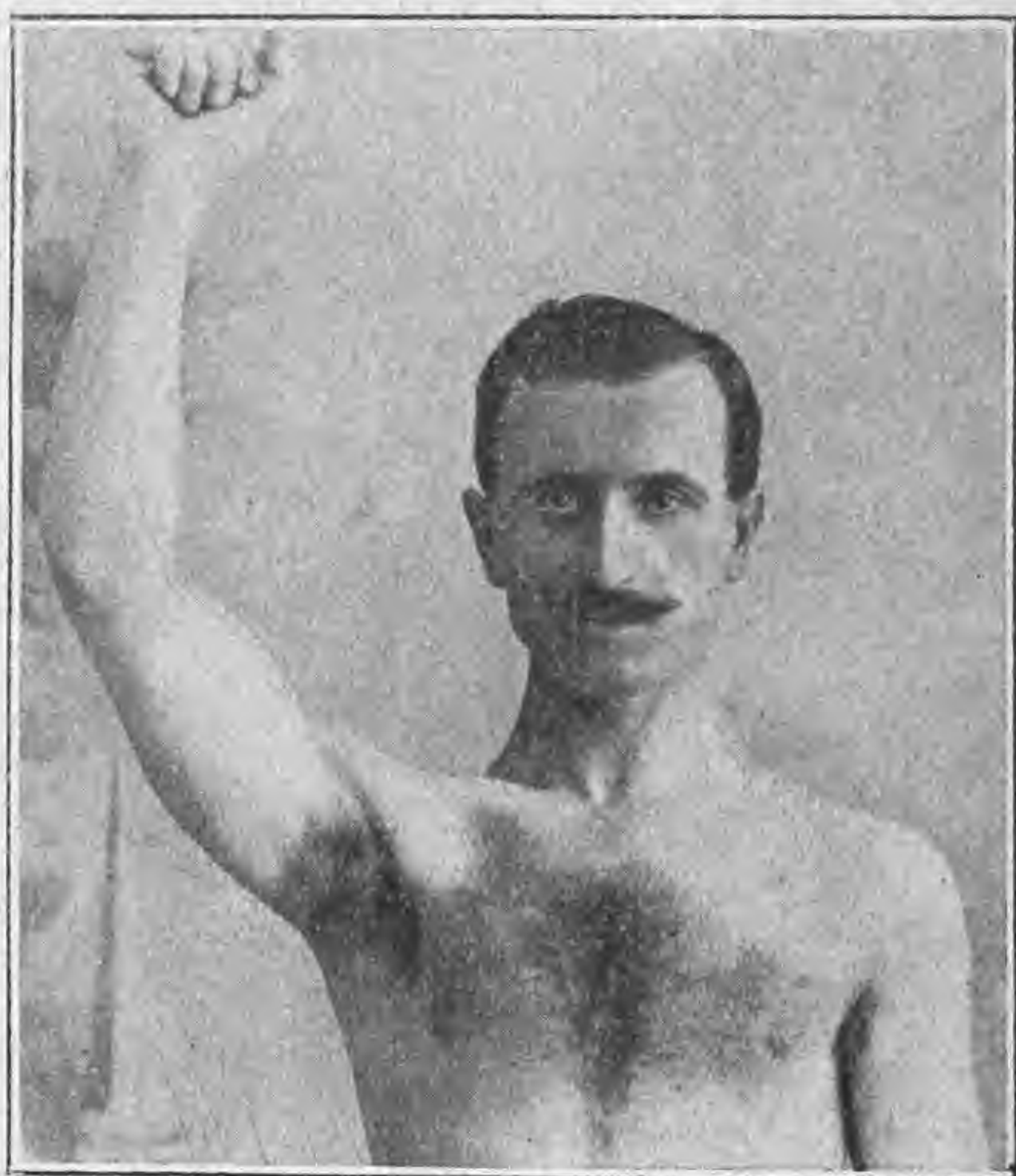



Fig. 3.

In altri termini cominciavano quei movimenti associati dipendenti dalla funzione centrale nervosa che, capace a far compiere un dato movimento ad un determinato gruppo muscolare, lo determina ugualmente anche quando la via motoria è stata trasportata in altro territorio muscolare.

Gli ultimi del passato giugno mi scriveva che riesce già a contrarre l'angolo della bocca anche senza ricorrere a dover sollevare l'arto; solo che nel primo caso tale movimento è un po' più pronunziato: indizio questo che il potere dissociativo è già cominciato.

Data l'intelligenza e la puntualità dell'individuo, son sicuro poter avere in seguito sempre esatte e continuate notizie fino alla completa guarigione che fin da questo momento, non sembrandomi dire cosa azzardata, vorrei ritenere assicurata.

A dire ciò mi sento maggiormente autorizzato dalla rispondenza che noto tra la successione dei fatti osservati nell'importante caso descritto dal prof. Purpura e quelli constatati nel mio ammalato.

Avendo lo studio sulla riattivazione della funzionalità nervosa acquistato in questi ultimi tempi una grandissima importanza, ed essendo l'argomento del mio caso una parte di esso studio abbastanza nuovo, mi è sembrato interessante, nei riguardi della pratica chirurgica, allo scopo di incoraggiare nella nuova via per la cura della paralisi facciale, comunicare i risultati che ho fino ad oggi ottenuto, riservandomi di pubblicare a tempo opportuno, in una memoria più amplia e completa, l'esito definitivo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta ordinaria del 22 giugno 1913.

Presidenza del prof. **F. Durante**, presidente.

Dott. **Bolaffio M.** *La sierodiagnosi della gravidanza con il metodo ottico di Abderhalden.* — L'O. dopo aver ricordato i risultati delle esperienze fatte dal collega Gaifami e comunicati all'Accademia, nella seduta del gennaio decorso, sulla diagnosi serologica della gravidanza col metodo della dialisi, riferisce i risultati delle sue indagini sulla sierodiagnosi della gravidanza col metodo polarimetrico proposto da Abderhalden. Espone la tecnica seguita per ottenere una soluzione di peptone da esaminarsi negli speciali tubi polarimetrici. Non può confermare i buoni risultati riportati da Abderhalden ed ottenuti anche da altri; le sue esperienze sono piuttosto concordanti coi risultati di quelli che asseriscono avere questo metodo un valore relativo. La difficoltà delle manipolazioni, la necessità di avere un polarimetro squisitamente sensibile, sono altrettante cause che si oppongono alla praticità del metodo.

Prof. **Leotta N.** *Le aderenze pericecali e pericoliche.* — Recentissimamente i chirurgi anglo-ame-

ricani hanno richiamato l'attenzione sull'importanza che in patologia e in clinica devesi attribuire alle aderenze dell'intestino grosso e della ultima porzione dell'ileo e sono state individualizzate le due entità patologiche dette: ripiegatura di Lane (*Lane's kink*) e pericolite membranosa di Jackson.

In Italia nessuno ancora si è occupato dell'argomento interessantissimo, poichè le aderenze permettono di renderci conto di alcuni casi clinici assai dubbi, dice Lejars « casi molto complessi, discutibili, che i chirurgi si passano di mano in mano, e che si prestano volta a volta a una serie di diagnosi successive, le crisi dolorose facendo pensare alle diverse coliche, alla colica epatica, alla colica renale e spesso spesso, non sapendo trovare di meglio, all'isteria ».

L'O. ha osservato e operato due casi del genere nella Clinica chirurgica di Roma.

Nel primo si trattava di una donna di 27 anni, con aderenze pericecali e pericoliche sottilissime, estese a tutto il colon ascendente. Nel secondo si trattava di una donna di 49 anni, in cui riscontrò aderenze membranacee pericoliche del tipo di Jackson. Nell'uno e nell'altro l'O. praticò la semplice liberazione delle aderenze, che è stata seguita dalla scomparsa di tutti i disturbi preesistenti, però data da troppo poco tempo la guarigione ed occorre attendere una osservazione più lunga per poterla ritenere stabile.

Indi l'O. passa a trattare l'*anatomia patologica* e la *patogenesi* delle aderenze pericecali e pericoliche, distinguendole in tre classi:

1° aderenze pericecali da appendicite;

2° aderenze pericecali e pericoliche da tiflite e da colite (di natura stercoracea, da vizi di posizione o anomalie di lunghezza o disturbi di muscolatura del colon, fino alla colite ulcerosa);

3° aderenze pericecali e pericoliche da flogosi degli organi circostanti (cistifellea, annessi, ecc).

Analizza poscia la *sintomatologia*, che è vaga e non caratteristica e discute i sintomi sui quali deve fondarsi il chirurgo per fare la diagnosi, che è difficilissima e talora impossibile, specie dall'appendicite cronica, la quale del resto può coesistere ed essere anche la causa determinante. In questo caso la diagnosi delle aderenze deve farsi come diagnosi complementare.

Gli elementi per tale diagnosi differenziale secondo l'O. sarebbero:

1° intensità del dolore spontaneo, che è più superficiale e più diffuso nelle aderenze, più circoscritto e più profondo nell'appendicite cronica:

2° il tipo del dolore provocato, facendo ripetuti esami, la cui costanza al punto di Mac Burney depone per l'appendicite;

3° i fenomeni di stasi ceco-colica;

4° il reperto radiografico.

Per ultimo l'O. passa alla *cura chirurgica*, l'unica possibile per queste affezioni. Analizza i vari interventi finora applicati, sul conto dei quali occorre ancora molta esperienza prima di poter dare un giudizio sicuro.

Al momento, che dobbiamo considerare come un periodo di attesa, dà le seguenti indicazioni operatorie:

1° la semplice liberazione delle aderenze è da applicarsi nei casi più semplici di aderenze, senza inginocchiamenti o stenosi del relativo tratto intestinale;

2° alle anastomosi intestinali, e tra queste preferibilmente alla tiflo-trasverso-colostomia o alla tiflosigmoidostomia, si ricorrerà nei casi con aderenze estese e salde, con inginocchiamenti o stenosi in un tratto più o meno lungo dell'intestino relativo;

3° le resezioni del grosso intestino, intervento certo più grave, devono riservarsi ai casi molto complessi, come alcune specialissime forme di Lane, soprattutto quelle associate alla forma di Jackson e quando coesiste una colite. In questi casi può essere indicata una proporzionale resezione intestinale.

Dominici. *Aneurisma vero traumatico sperimentale dell'arco aortico*. — Facendo degli sperimenti per studiare il processo di guarigione delle ferite delle valvole aortiche lese col metodo di Rosembach alquanto modificato, in un cane ucciso dopo 52 giorni ha trovato oltre ad una lacerazione valvolare, una tumefazione della grandezza di una noce impiantata con larga base sulla superficie concava dell'arco aortico, costituita da 2 cavità, una assai più grande e l'altra più piccola, camunicanti ciascuna col lume aortico attraverso un incisione lineare lunga circa ½ cm., e la cui parete era costituita da tessuto connettivo con scarsi frammenti di fibre elastiche rivestita all'esterno dall'avventizia ispessita e all'interno da un coagulo in via di organizzazione più o meno avanzata.

L'A. ritiene pertanto trattarsi di un doppio aneurisma vero traumatico consecutivo alla distensione delle cicatrici di 2 ferite da punta e taglio della parete aortica non perforanti prodotte dal valvulotomo.

Prof. **M. Levi della Vida**. L'oratore riferisce intorno ad una *epidemia di febbre mediterranea* osservata nel Comune di Grotte S. Stefano (circondario di Viterbo) e nel finitimo paesello di Magugnano, frazione del Comune di Viterbo. Sono stati accertati 31 casi sopra una popolazione di meno di tremila abitanti, e l'accertamento fatto con la reazione sierodiagnostica è stata confermata in alcuni casi dall'isolamento del micro-

cocco di Bruce dal sangue di individui malati. L'esame sierodiagnostico di tutte le capre lattifere presenti nei due paesi ha dimostrato l'esistenza di due branchi di capre del tutto indenni, di un branco quasi indenne (due capre con sierodiagnosi positiva sopra 25 esaminate) e due branchi fortemente contaminati (13 capre infette su 21; 29 capre infette su 33). In alcuni casi fu isolato dal latte delle capre il micrococco di Bruce. Si sono potuti constatare due centri di infezione nettamente distinti. Il primo è caratterizzato dall'aver dato origine a casi insorti quasi tutti contemporaneamente in punti più o meno isolati del paese, alcuni molto distanti l'uno dall'altro. L'origine dell'infezione assai probabilmente va ricercata nel maggior numero di questi casi, non nella alimentazione con latte infetto, nella penetrazione del germe attraverso le mucose o per inalazione, essendo insorta la infezione in quasi tutti gli individui intervenuti ad una festicciuola tenutasi nella casa e nel cortile della proprietaria di uno dei due branchi di capre fortemente infetti: gli intervenuti alla festicciuola concordemente hanno escluso di aver fatto uso di latte o di qualsiasi alimento in cui fosse contenuto latte; le stalle ove erano le capre si aprono sul cortile sopra nominato. Il secondo centro di infezione invece è in corrispondenza di una famiglia proprietaria dell'altro branco di capre; tutti i colpiti hanno fatto uso di latte e non hanno avuto altro modo di contaminazione, essendo in questo caso le capre molto distanti dall'abitato; si tratta dunque di una piccola epidemia di origine alimentare. La infezione è stata portata a Grotte Santo Stefano da due capre vendute da un mercante ambulante meridionale nello scorso settembre e acquistate l'una dalla proprietaria del primo dei due branchi infetti, mentre l'altra capra fu affidata alle cure del proprietario del secondo branco infetto.

L'oratore accenna ad alcune ricerche di laboratorio fatte con il materiale raccolto a Grotte Santo Stefano. Insiste su alcuni particolari nella tecnica della sierodiagnosi (opportuna scelta dello stipite di micrococco, frequenza della reazione paradossa, incostanza del potere agglutinante nello stesso ammalato, comparsa spesso precoce di agglutinine specifiche nel sangue dei malati). L'oratore, avendo eseguito alcune lattoreazioni, riconosce essere l'esito di queste meno costante di quello delle sieroreazioni. La reazione precipitante zonale di Ascoli, fatta con il siero precipitante del Viganò, dà col latte e con gli organi di capra infetta spesso risultato positivo; è però meno costante della reazione sierodiagnostica.

L'oratore, ricordando le osservazioni fatte in Senato dal prof. sen. Foà, insiste sulla opportunità di studiare accuratamente l'origine dei vari centri di infezione e la diffusione della febbre mediterranea.

Prof. **V. Nicoletti.** *Plastiche e trapianti di tessuti in sostituzione dei legamenti articolari.* — L'O. comunica i primi risultati delle esperienze, che egli ha intraprese già dallo scorso anno nel Laboratorio di patologia speciale chirurgica, allo scopo di stabilire l'utilità dei vari tessuti connettivi nella sostituzione e nel rafforzamento dei mezzi di unione delle articolazioni.

Riscontrando la letteratura dell'argomento l'O. non ha trovato alcun lavoro sperimentale precedente al suo, tranne scarse osservazioni cliniche di pochi autori. Perciò il Nicoletti ha istituito una serie di esperienze sistematiche, cominciando il suo studio dall'articolazione del ginocchio dei cani. Dopo di avere escisso i legamenti: laterale, posteriore e crociati e di aver reso completamente mobile nel senso latero-mediale la gamba sulla coscia, al punto da lussare i capi articolari, l'O. ha ricostruito la capsula articolare con:

a) lembi peduncolati di periostio;
b) lembi liberi di periostio;
c) lembi peduncolati di fascia;
d) lembi liberi di fascia;
e) lembi peduncolati di tendini;
f) lembi liberi di tendine.

In ogni caso, avvenuta la riunione per prima intenzione, e tolto l'apparecchio gessato al quindicesimo giorno dall'atto operativo, gli animali in un tempo variabile da venti giorni ad un mese dall'intervento hanno cominciato a poggiare la zampa al suolo e poi a camminare in modo del tutto normale. L'esame obbiettivo dell'arto operato lascia rilevare appena un lieve grado di motilità latero-mediale abnorme dell'articolazione del ginocchio, sede dell'intervento.

L'esame istologico, che sarà esposto dettagliatamente nella tesi del laureando signor Pesce, che ha assistito l'O. in tutti gli esperimenti fino ad oggi eseguiti, ha dimostrato che il periostio, sia in lembi peduncolati che liberi attecchisce molto bene nella sede articolare e forma un robusto legame ai due capi ossei.

I lembi di fascia, contrariamente a quanto da vari autori è stato osservato in altre sedi, nelle plastiche articolari a peduncolo e libere non hanno fornito all'O., almeno fino a questo momento, un materiale che contribuisca attivamente alla ricostituzione dell'apparato legamentoso, in quanto sono andati costantemente incontro a necrosi e sono stati gradualmente sostituiti dalla neoformazione connettivale, che parte dai tessuti periarticolari.

Le osservazioni fatte con lembi tendinei sono troppo recenti perchè il Nicoletti possa trarre at-

tualmente delle deduzioni in qualsiasi senso e si riserva di riferirne in una comunicazione ulteriore.

I risultati sperimentali fino ad oggi ottenuti dall'O. giustificano quindi l'impiego prevalente dei lembi periostei fatto dai pochi autori che fin qui hanno tentato in clinica il rafforzamento dell'apparato legamentoso articolare.

Dott. **A. Galimberti**. *Emiatrofia faciale, contemporanea ad emiatrofia dorsale non nello stesso lato.* — L'O. riferisce su di un caso di emiatrofia faciale coutemporanea ad emiatrofia dorsale del lato opposto. Dopo aver discusso sulla storia clinica, l'O. conclude che l'origine di questi fenomeni distrofici è da ricercare in cagioni differenti locali da una infezione sifilitica, da un trauma, da un fenomeno capillare trombotico, da un difetto di sviluppo bronchiale che, intervenendo nei primi mesi della vita embrionale nella parte centrale del sistema nervoso cerebrale presso i segmenti di una metà della capsula interna, esplicano i loro effetti nelle diramazioni nervose dei tratti del centro leso, che sarebbero fibre di una parte della prima e seconda branca del quinto paio e fibre che vanno a finire nel midollo spinale del lato opposto.

A. BALDONI.

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 16 maggio 1911.

Gastaldi. *Ricerche sul potere rotatorio del plasma in diverse malattie.* — L'A. ha fatto numerose ricerche sul potere rotatorio del plasma in diversi stati morbosi ed ha trovato:

1° che la determinazione del grado di rotazione costituisce un metodo semplice ed agevole per la determinazione della quantità di proteine contenute nel plasma;

2° che tale potere rotatorio varia secondo i diversi periodi di una stessa malattia nelle forme acute, e secondo il grado di nutrizione nelle forme croniche specialmente in quelle che portano alla cachessia.

Giordano, presenta un apparecchio da lui fatto costruire per la *narcosi* ad *iperpressione* e quella ad *insufflazione intratracheale continua* per la chirurgia intratoracica.

Giordano e **Rodano**. *Ricerche sperimentali sull'operazione di Trendelenburg* (cura chirurgica dell'embolia dell'arteria polmonare) *colla narcosi a insufflazione intratracheale continua.* — Gli AA. avendo eseguito numerose esperienze sui cani, poterono stabilire, che la narcosi con insufflazione continua è di grande giovamento in tale intervento, in cui si deve aprire ampiamente la pleura e che per la via di accesso è sufficiente anche la semplice incisione intercostale nel terzo spazio sinistro. Modificarono inoltre il metodo di emostasi di Trendelemburg applicando prima di stringere il laccio emostatico attorno all'aorta e all'arteria polmonare un pinza speciale a morso fenestrato, sull'anello della quale si incide la parete arteriosa e si applicano due fili ad U. Tolta la pinza emostatica si stringe il laccio e si introduce attraverso all'apertura dell'arteria una pinza per estrarre il supposto embolo; indi si applica di nuovo subito la pinza ad anello sull'arteria polmonare e si annodano i fili. A questo modo la durata dell'interruzione della corrente sanguigna viene abitualmente ridotto a 30''.

PIETRO SISTO.

Società medica chirurgica di Bologna.

Adunanza del 20 maggio 1913.

F. Franchini (medico comprimario dell'Ospedale Maggiore). — *Paralisi dissociate ed azioni associate di muscoli oculari di origine tabetica.* — Riferisce la storia di una malata di tabe dorsale, e presenta fotografie della medesima, nelle quali si possono agevolmente apprezzare varie posizioni anormali dei bulbi oculari.

Allo stato di riposo si vede strabismo esterno assai accentuato dell'occhio sinistro e ptosi della palpebra superiore di quest'occhio.

All'invito di convergere gli occhi, la paziente risponde ruotando all'interno l'occhio destro in modo perfetto mentre l'occhio sinistro non si muove dalla posizione sopra descritta. Invece, all'invito di guardare a destra, essa ruota verso destra entrambi gli occhi con movimento di ampiezza e rapidità normale. Il che è quanto dire che il muscolo retto interno di sinistra: 1° ha perduto il suo tono; 2° presenta una assoluta dissociazione della sua funzione.

Inoltre le fotografie dimostrano che nell'atto di guardare verso destra la palpebra superiore dell'occhio sinistro, che allo stato di riposo è, come sopra si disse, abbassata e che volontariamente non può essere dalla paziente sollevata che in modico grado, si innalza perfettamente fino all'altezza normale. Esiste cioè una associazione di movimento fra il muscolo retto interno di sinistra e l'elevatore della palpebra superiore sinistra paralizzato, associazione assai rara, la quale non è ricordata che dal Beevor.

G. M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'etiologia della pellagra.

Il dott. W. H. Harris di New Orleans sarebbe riuscito, nel Laboratorio di patologia e batteriologia della « Tulane University », a conferire la pellagra alle scimie mediante filtrati di tessuti prelevati da cadaveri di pellagrosi (*The Journal A. M. A.*, 21 giugno 1913).

I tessuti utilizzati per quelle ricerche consistevano in frammenti di sistema nervoso centrale, di cute, d'intestino e di rivestimento mucoso naso-faringeo. Venivano sminuzzati, mescolati con parti eguali di soluzione fisiologica, pestati in un mortaio e fatti macerare in ghiaccio per alcune ore; infine la sospensione si decantava e si filtrava attraverso carta e attraverso Berkefeld N.

Il filtrato veniva iniettato per via sottocutanea, intravenosa ed endocranica a scimie della specie « Macacus rhesus », in forti quantità.

Dopo i sintomi immediati dovuti all'aumentata pressione endocranica, gli animali si rimettono; ma in secondo tempo vanno dichiarandosi molto lentamente alcuni sintomi che l'A. attribuisce a pellagra e che consistono essenzialmente in lesioni gravi simmetriche della cute, con caduta dei peli, in diarrea, in forte dimagramento, in uno stato melanconico.

All'autopsia di un animale morto di « pellagra » non si ritrova che forte infiammazione del tenue.

La pellagra sarebbe dunque dovuta ad un virus filtrabile come il vaiolo o la rabbia.

L'A. non fa noti i dettagli della tecnica seguita (per es. non indica la quantità di materiale iniettato). Le ricerche da lui compiute sono in numero esiguo (appena due; una terza è in corso). E i risultati sembrano tutt'altro che dimostrativi.

Malgrado tutto, questo lavoro meritava di essere conosciuto, ora che Alessandrini e Scala hanno avanzato un'ipotesi molto seducente e confortata da numerose ricerche, mentre altre ipotesi assai disparate si contendono il campo (quella fotodinamica, quella batterica, quella dei simulidi, quella dei merli e le molteplici ipotesi zeiste).

In rapporto all'etiologia della pellagra interessano pure le indagini compiute, anch'esse in America, da Myers e Fine sotto gli auspici della Commissione pellagrologica Thompson-McFadden, della Scuola Medica Post-universitaria di New York.

Questi AA. hanno trovato che nei pellagrosi: 1° il succo gastrico è anacloridrico ed apepsinico o molto povero di fermento specifico; 2° l'urina contiene molto indacano; 3° le feci contengono molto indolo e scatolo; 4° mancano altre deviazioni caratteristiche del ricambio. *v.*

Sull'etiologia del vaiolo.

In seguito a numerose e pazienti ricerche il prof. Almoth E. Wright è stato portato ad ammettere che la gravità del vaiolo non è dovuta al virus specifico, ancora ignoto, ma alla simbiosi che esso contrae con stafilococchi e streptococchi.

Infatti iniettando a vaiolosi in atto i vaccini preparati con queste due specie batteriche, purchè la malattia sia all'inizio, si riesce a tagliarne od a renderne mitissimo il decorso.

I due germi piogeni s'innesterebbero nella cute preparata dal virus vaioloso, il quale di per sè sarebbe quasi innocuo.

Essi agirebbero impedendo le funzioni della cute, infettando e intossicando l'organismo.

Questa scoperta viene proclamata come importantissima nei giornali medici inglesi, in quanto che permette di aver ragione del vaiolo anche senza valersi della vaccinazione preventiva alla Jenner. Il vaiolo diverrebbe una malattia *curabile.*

Nei bambini nuovi trattati con vaccino di Wright e poi con vaccino di Jenner, questo non è più in grado di determinare i sintomi locali di infiammazione, mentre quelli generali d'intossicazione divengono meno che trascurabili.

Nei bovini trattati alla Wright le vescicole non mostrano segni d'infiammazione e disseccano allo stadio sieroso, senza mai raggiungere lo stadio purulento.

Trascuriamo alcune interessanti ricerche collaterali, eseguite dal valente microbiologo inglese: avremo probabilmente occasione di occuparcene ancora. *v.*

CASISTICA.

Spasmo dei muscoli del collo e della nuca come sintoma di tubercolosi incipiente.

I reperti della percussione ed ascoltazione nella tubercolosi incipiente sono talora di così poca importanza che si comprende come da ogni parte si tenta di creare una serie di nuovi criteri diagnostici. Il Pottenger (Zeitschr für Tuberkulose, Bd. 19, H. 4) richiama l'attenzione sullo spasmo dei muscoli del collo e della nuca dal lato colpito come sintoma di tubercolosi incipiente: tale spasmo si apprezza meglio colla palpazione che

coll'ispezione ed è accompagnato quasi costantemente da uno spasmo del diaframma dello stesso lato. L'ispezione dimostra un'asimmetria dei due apici giacchè gli scaleni e lo sternocleido mastoideo del lato colpito sono più prominenti e così pure il trapezio: colla palpazione la differenza tra i due lati si apprezza meglio, giacchè i muscoli dal lato colpito sono più rigidi. La rigidità del diaframma si rivela colla minore escursione inspiratoria del lato colpito.

Qualche difficoltà si può avere nell'apprezzamento del sintoma nelle antiche lesioni giacchè al momento dell'esame si riscontra un'atrofia dei muscoli della spalla corrispondente che fa pensare ad un'ipertofia di quelli dell'altro lato: però la palpazione fa fare la diagnosi perchè fa rilevare una diminuzione della resistenza elastica del tessuto degenerato. La presenza di un processo attivo in atto su di una lesione antica si rivela coll'atrofia muscolare e collo spasmo contemporaneo.

La diminuzione dell'escursione diaframmatica dalla parte della lesione studiata colla radioscopia dal Williams non è che l'esponente dello spasmo che occupa pure il diaframma. Questi spasmi sarebbero di origine riflessa, analoghi a quelli che si verificano nei processi addominali a carico dei muscoli della parete.

P. A.

Clorosi e tubercolosi.

La clorosi e la tubercolosi sono due malattie sulla cui relazione si è molto discusso senza venire a conclusioni decisive. Il Montgomery si è a lungo occupato dell'argomento sul *Medical Record* (5 ottobre 1912), venendo alle seguenti conclusioni. Sebbene paia plausibile a prima vista di considerare la tubercolosi causa della clorosi, non esistono argomenti sicuri che vengano a prova della questione, anzi in un numero di non indifferente di casi di clorosi la tubercolosi si può escludere completamente. I sintomi a carico del sangue nella clorosi sono in genere analoghi a quelli dell'anemia tubercolare, però i valori dell'emoglobina non superano mai nella clorosi il 70 per cento, mentre nell'anemia tubercolare questo si verifica. Un altro criterio differenziale è dato dalla cura, perchè mentre il ferro ha una azione benefica, rapida sulla vera clorosi, non esplica quasi nessuna azione sull'anemia dovuta a tubercolosi.

Per escludere però con sicurezza la tubercolosi in ogni caso di clorosi bisogna seguire bene il paziente per un certo periodo di tempo.

P. A.

Lo zucchero del liquido cefalo-rachideo nella meningite tubercolare.

Jacobs, *Brit. Méd. Journ.* 26 ott. 912., utilizza la presenza della sostanza riducente il liquido di Fehling nel liquido cefalo-rachideo per avere un argomento diagnostico intorno alla natura delle meningiti.

I suoi esami hanno dato i seguenti risultati:

Meningite tubercolare 9 casi: in uno zucchero normale, in sette diminuito, nel 9° caso diminuzione accentuata (l'esame in questo ultimo caso fu praticato nello stato premortale).

Meningite pneumococcica, assenza di zucchero in 7 casi esaminati.

Meningite streptococcica: in tre casi esaminati sempre assente lo zucchero.

Meningite purulenta mista da otite media: zucchero assente nei 3 casi esaminati.

Meningite cerebro-spinale zucchero assente, 2 volte presente, ma diminuito in altri 7 casi.

Poliomielite 7 casi: in 6 il tasso diminuito, in uno tasso di zucchero normale.

L'A. crede di poter concludere che nelle meningiti purulente, pneumococciche, streptococciche o miste, sia costantemente assente lo zucchero nel liquido cefalo-rachidiano.

Presente invece è lo zucchero nelle meningiti di natura tubercolare. *t. p.*

TERAPIA.

Sulla cura incruenta dei tumori maligni.

Al recente Congresso tedesco di ginecologia tenutosi ad Halle i proff. Doederlein di Berlino e Krönig di Friburgo comunicarono i risultati oltremodo favorevoli ottenuti usando il mesothorium associato ai raggi X.

Il mesothorium si faceva agire mercè uno speciale apparato; i raggi X venivano filtrati attraverso l'alluminio. Un'applicazione durava 12 ore e bastava per la cura.

Vennero dimostrate parecchie ex-pazienti del tutto guarite: una da 5 anni, 2 da 3, 16 da 1; di esse nessuna lasciava riconoscere tracce di recidive o di metastasi. Le guarigioni vennero giudicate stabili, definitive.

Malgrado l'alto valore scientifico e l'autorità dei disserenti, può darsi che questi siano stati un po' troppo ottimisti e che abbiano trascinato all'entusiasmo l'uditorio. — Un certo scetticismo si giustifica, poichè ogni anno porta qualche rimedio anticanceroso sicuro, che poi è destinato a cadere.

Certo l'efficacia dei raggi X e dei corpi radiattivi non può ormai dar luogo a contestazioni;

si tratta unicamente di determinare la portata effettiva di questi potenti rimedi.

In seguito ai risultati di Doederlein e Krönig, una deputazione di medici viennesi, della quale facevano parte il chirurgo Wertheim ed il dermatologo Riehl, ha presentato al Governo austriaco una petizione per ottenere forti quantità di sostanze radioattive dalle miniere statali di Joachimsthal, così da poterne sperimentare largamente l'efficacia.

È questa una prova dell'importanza che si annette alle ricerche su menzionate, le quali vengono salutate come una grande conquista della terapia (1).

Invece non dà buona prova il metodo Zeller.

Siccome esso è stato patrocinato con calore da Czerny, vi si è ricorso molto largamente in Germania.

Il prof. Schwalbe ha ritenuto opportuno di compiere ora (*Deut. Med. Woch.*, 3 luglio 1913) un' inchiesta al riguardo nelle cliniche chirurgiche tedesche.

In 17 di esse è stato sperimentato il metodo Zeller. Gli esiti non sono stati mai straordinari, ma al più buoni o mediocri. Così Bier su 17 casi trattati ha ottenuto 3 guarigioni di cancroidi del viso o del cuoio capelluto; un paziente è morto con sintomi d'intossicazione arsenicale; negli altri pazienti non si è ottenuto nulla; le guarigioni non sarebbero differenti da quelle che si conseguivano con la pasta arsenicale di v. Esmarch. Il prof. v. Eiselsberg dichiara che nella sua clinica « il trattamento Zeller fu poco adoperato; non si ottennero risultati *éclatants* ». Il prof. Schloffer su sei casi ha ottenuto la guarigione completa di un piccolo epitelioma del naso, con difetto di sostanza, e inoltre la scomparsa di un epitelioma del mento, con notevole riduzione delle glandole linfatiche regionali.

Qualche clinico chirurgo si è trovato decisamente male del metodo.

V'è molta differenza tra questi risultati e quelli annunziati da Zeller e proclamati da Czerny - anche se vuol farsi larga parte alle tenui ed inevitabili differenze di tecnica. *v.*

(1) Sul Congresso di Halle abbiamo letto varie corrispondenze; ma non abbiamo ancora avuto un resoconto dei lavori.

Cura del lupus vulgaris.

Gaucher (*Journal des Praticiens*, 29 marzo 1913) osserva che nella cura del lupus, bisogna proporsi la distruzione dei tessuti malati. Essendo il lupus un'affezione locale, la sua guarigione è da presumere che lasci indenne l'organismo.

Non bisogna però dimenticare la predisposizione dei luposi alla tubercolosi generale. Perciò bisogna coadiuvare e completare la cura locale mediante la somministrazione interna d'olio di fegato di merluzzo ad alte dosi, sciroppo iodotannico, preparati fosfati ed arsenicali.

Nel lupus sono state adoperate le iniezioni di calomelano. È indiscutibile che esse facciano migliorare la lesione per l'azione risolutiva del mercurio: ma sono questi effetti transitori e parziali. Maggiormente efficaci saranno però nei luposi che siano insieme eredo-luetici. Il Gaucher ha pubblicato parecchi casi di infezione mista, nei quali le iniezioni mercuriali si dimostrarono molto utili.

Bisogna pure tener conto degli errori diagnostici fra il lupus e le sifilidi lupiformi degli eredoluetici, le quali ultime guariscono col mercurio.

L'aria marina delle volte è nociva, e può essere causa di generalizzazione dell'infezione tubercolare. Si prescriverà dunque il soggiorno a mare, tenendo il paziente in osservazione, pronti a interrompere la cura ai primi segni di eretismo.

Se il lupus è limitato alla faccia, si possono fare anche i bagni di mare.

Le acque arsenicali sono adatte ai luposi denutriti; le acque sulfuree in genere sono ben tollerate.

Il trattamento locale consiste nella distruzione dei tessuti malati. Nelle forme molto circoscritte non ulcerate, il metodo più semplice è l'escissione mediante il bistori. Il raschiamento semplice è pericoloso, perchè può aprire la via dei vasi all'infezione tubercolare.

L'A. accorda maggior fiducia al metodo delle scarificazioni lineari incrociate, previa l'antisepsi della pelle, seguite da polverizzazioni di acqua bollita e fasciatura L'emostasi rapida che si ha con questo metodo evita il pericolo della infezione sanguigna.

Il miglior metodo è la termo-cauterizzazione, preceduta o no da raschiamento col cucchiaio di Volkmann. L'A. consiglia di praticare dapprima due o tre corone concentriche di punte di fuoco tutt'attorno all'eruzione, e poi, in una o più sedute a seconda dell'estensione della lesione, si completa la distruzione del tessuto tubercolare mediante la lama del termocauterio applicato a piatto sulla lesione.

Il metodo antico dei caustici chimici è quasi del tutto caduto in disuso per la maggior parte delle sostanze caustiche adoperate sotto forma di paste o di soluzioni (pasta di Vienna, pomata di Hardy, la pasta arsenicale di frate Cosmo, la pasta di Hebra, la pasta di banquoin, ecc.).

In onore è rimasto sempre il nitrato d'argento, in soluzioni concentrate, sia come caustico, sia a scopo emostatico dopo la termo-cauterizzazione. P. SABELLA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(122). *Indennità per infortuni.* — Il dott. Antonio di Monzone (Massa Carrara), scrive:

« Si vedrebbe volentieri pubblicata la Legge sugli infortuni con le tabelle per le indennità relative alle lesioni, apportanti debilitazione permanente o morte ».

La Legge e il Regolamento per gli infortuni degli operai sul lavoro formano un volumetto di 116 pagine, pubblicato nel 1904 dalla Tipografia Nazionale Bertero, Roma, via Umbria. Non possiamo naturalmente riportare tutto il volume nel nostro giornale, ma acconsentiamo volentieri a trascrivere quanto, negli articoli 9 della Legge e 95 del Regolamento, si riferisce a quello che Ella desidera sapere.

Art. 9 *della Legge.*

La misura delle indennità assicurate agli operai nei casi di infortunio di cui all'art. 7, dovrà essere la seguente:

1° nel caso di inabilità permanente assoluta, l'indennità sarà uguale a 6 salari annui e non mai minore di lire 3000;

2° nel caso di inabilità permanente parziale sarà eguale a 6 volte la parte di cui è stato e può essere ridotto il salario annuo, che agli effetti del presente capoverso non potrà mai essere considerato inferiore alle lire 500;

. . . .

3° nel caso di morte l'indennità sarà uguale a 5 salari annui.

Art. 95 *del Regolamento.*

In caso di invalidità permanente parziale, agli effetti della liquidazione dell'indennità, il salario si considera ridotto nelle proporzioni seguenti nei casi qui sotto esemplificati:

per la perdita totale o al terzo superiore del braccio destro, 80 per cento;

per la perdita totale dell'avambraccio destro o del braccio sinistro al terzo superiore, 75 id.;

per la perdita totale dell'avambraccio sinistro o di tutte le dita della mano destra, 70 id.;

per la perdita totale di tutte le dita della mano sinistra, 65 id.;

per la perdita totale del pollice destro, 30 id.;

per la perdita totale del pollice sinistro, 25.;

per la perdita totale della seconda falange del pollice destro, 15 id.;

per la perdita totale della seconda falange del pollice sinistro, 12 id.;

per la perdita totale dell'indice destro, 20 id.;

per la perdita totale dell'indice sinistro, 15 id.;

per la perdita totale del dito mignolo, 12 id.;

per la perdita totale del medio od anulare, 8 id.;

per la perdita totale di una falange di un dito della mano, 5 id.;

per la perdita in qualunque punto di una coscia, 70 id.;

per la perdita di una gamba al terzo superiore, 60 id.;

per la perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede, 50 id.;

per la perdita dell'alluce e corrispondente metatarso, 15 id.;

per la perdita totale del solo alluce, 7 id.;

per la perdita totale di un solo dito di un piede non corrisponde alcuna indennità;

per la perdita di più dita si corrisponde, per ogni dito perduto, l'indennità del 5 per cento;

per la sordità completa di un orecchio, 10 id.;

per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio, 35 id.

In caso di perdita di più membra od arti od organi, o di più parti dello stesso organo, la riduzione del salario deve essere determinata di volta in volta, tenendo conto di quanto effettivamente, in seguito all'infortunio, è stata diminuita l'attitudine dell'operaio al lavoro, e seguendosi possibilmente le norme indicate nel presente articolo per le riduzioni corrispondenti alle singole lesioni.

L'abolizione assoluta ed inguaribile della funzionalità di membra, arti od organi è equiparata alla perdita anatomica di essi. Quando invece le membra, gli arti o gli organi siano resi soltanto parzialmente inservibili, la riduzione del salario si determina sulla base della riduzione assegnata per la perdita totale di essi, in proporzione del grado della funzionalità perduta, senza però che la riduzione medesima possa essere inferiore al 5 per cento.

V. FORLÌ.

(123). *Profilassi della spina bifida.* — La prego di rispondere al seguente quesito relativo ad un caso che mi si presenta:

« Quale cura si può razionalmente consigliare ad una donna giovane e sana che ha partorito a termine *tre bambini con spina bifida ed ora si trova all'inizio della quarta gravidanza?*

In altre parole: esiste una cura preventiva, presumibilmente efficace, contro la spina bifida? »

La ringrazio sentitamente della risposta autorevole che mi vorrà dare sul *Policlinico*; e mi auguro che il Giornale conservi anche per gli anni venturi la Rubrica iniziata, perchè corrisponde ad un vero bisogno.

Savona (Genova).

Dott. Bartolomeo Morello.

La spina bifida o rachioschisi dipende da un arresto di sviluppo, per il quale una grande o piccola parte del canale vertebrale resta sfornito

della parete ossea è semplicemente coperto dalla membrana *reuniens superior*.

Nell'embrione la chiusura del canal vertebrale si verifica circa alla fine del quarto mese di vita intrauterina.

Vi sono varie cause a cui si può riferire questo arresto di sviluppo, quali la lues e l'alcoolismo.

In rapporto a ciò non esiste una vera e propria cura preventiva della spina bifida, anche perchè rari sono i casi in cui questa anomalia sia recidivante.

In ogni modo è da ricercare attentamente la sifilide ereditaria dei genitori, e al caso, praticare una cura antiluetica.

f. b. l.

(124). *Uso dei purganti nella febbre tifoide.* — Il dott. cav. Nicolò Montemagno da Caltagirone scrive:

La pregherei darmi uno schiarimento su un quesito medico. Ho letto che secondo il professore Courtelemont nel tifo è proibito il purgante in principio della malattia stante che potrebbe aggravarla disponendo l'infermo ad emorragie e perforazioni; ora desidero conoscere quanto ci sia di vero in questa massima, perchè a me è avvenuto un simile caso di emorragia mortale in seguito ad un purgante, molto più che in questa mia città si usano tutti i purganti obbligatoriamente e specialmente l'indispensabile calomelano, se quest'ultimo è veramente indicato e se non possa arrecare danno, come qualche volta ho potuto constatare in qualche infermo.

Se la diagnosi di tifo si potesse emettere nei primi giorni, il purgante sarebbe inutile, dopo che le ricerche d'un decennio ci hanno dimostrato che l'infezione tifosa è qualche cosa di molto diverso d'una *infezione intestinale*.

Ma la diagnosi di tifo si può sospettare al 6°-7° giorno, confermare d'ordinario dall'8° all'11° giorno (sierodiagnosi di Widal); può ancora quindi reggere il quesito se nel primo settenario d'una febbre sospetta, di cui il diagnostico sia impossibile, sia lecito somministrare il purgante. Purchè si sia certi di essere nei primi giorni della malattia, il purgante *è innocuo* se si tratta di tifo, può essere utile se per caso ci si trovi in una di quelle tossi-infezioni che nell'intestino si crede finora abbiano la loro sorgente.

Naturalmente l'accurata osservazione medica e l'anamnesi del malato, devono far escludere la possibilità d'una malattia pregressa e subdola, che solo tardivamente dia la manifestazione febbrile: è noto che vi sono tifi ambulatori, lievi per la febbre, letali talora per le complicanze; un purgante in uno di tali soggetti potrebbe essere esiziale e favorire l'ultima spinta per una perforazione (di un malato per es. in cui la malattia dati da 14 o 15 giorni). Nulla dunque di assoluto: in genere si può dire che il purgante non è controindicato, purchè l'esame del medico possa escludere una malattia pregressa sconosciuta al malato stesso: il tumore di milza, il riscontrare roseola, la diarrea che duri da qualche tempo (periodi di detersione delle ulceri), una storia di inesplicabile malessere che dati da qualche tempo devono mettere in guardia il medico.

t. p.

(125) *Cura dei cloasmi e delle efelidi.* — Desidero sapere a mezzo « Posta degli abbonati » quale sia la cura più efficace per la soppressione di cloasmi, efelidi, lentiggini.

Ringraziando e salutando

Dott. Scaramucci Francesco abb. n. 8163.

La cura dei cloasmi deve mirare anzi tutto ad eliminare le possibili cause dell'iperpigmentazione (cura ginecologica nel cloasma uterino — eliminazione di ogni causa di compressione, sfregamento, ecc. — soppressione dell'uso di preparati arsenicali se l'anomalia pigmentaria si debba attribuire a questi ultimi, ecc.).

Si proteggano inoltre le parti esposte alla luce con veli rossi, con soluzioni di sali di chinina (1) in acqua (90) e glicerina (10).

Il perossido d'idrogeno in *adeps lanae* è stato raccomandato per ridonare il colorito normale alla cute nei tratti iperpigmentati. Sono consigliati anche quei mezzi che provocano un rapido distacco della rete malpighiana, p. es.: sublimato 1, etere ed alcool ana grammi 50, per compresse di breve durata e continuate sino a quando l'epidermide non si sollevi in vescicole; il β-naftolo in unguento al 10 %; il precipitato bianco (precipitato bianco-sottonitrato di bismuto ana grammi 5, vaselina da gr. 20 a gr. 10 secondo la tolleranza del paziente), ecc. Si badi che tali mezzi possono dar luogo ad infiammazioni e causticazioni della cute e vanno perciò adoperati con molta cautela.

Le stesse norme valgono su per giù per le efelidi. Poco o nulla vi è da fare per le lentigini, a meno che non si voglia tentare, come per gli altri nevi molli, l'elettrolisi, ciò che non è consigliabile.

V. M.

(126) *Cura del gozzo fibroso.* — Nella rubrica « Posta degli abbonati » si compiaccia indicarmi, con quella sua nota competenza, qualche medicamento per la cura del gozzo alquanto duro di un uomo sopra i 40 anni. Il lobo destro della glandola si presenta della forma e della grandezza di un discreto limone, il sinistro più piccolo.

Nella sezione pratica del *Policlinico* degli anni decorsi, si è scritto molto delle iniezioni paren-

chimatose di soluzioni iodiche nei *gozzi gelatinosi*: potrebbero tali iniezioni estendersi anche ai gozzi fibrosi?

In caso negativo quali medicamenti si potrebbero usare sia esterni che interni per la cura di questo gozzo duro, essendo l'infermo assolutamente contrario alla cura cruenta?

Attendo con impazienza di leggere in detta rubrica la risposta a quanto sopra.

La prego inoltre di contrassegnare la risposta con la seguente indicazione: Dottor E - 30.

Le iniezioni di iodio, parenchimatose, hanno la precisa loro indicazione nei gozzi gelatinosi (Durante). Nel gozzo fibroso esse potrebbero arrecare solo quei danni e quegli inconvenienti, da cui non è esente il metodo.

Le condizioni del malato devono essere di guida nelle indicazioni terapeutiche: pericolo di compressioni, non v'ha che la cura chirurgica; segni di deficienza tiroidea, ricorrere alla cura opoterapica tiroidea; segni di ipertiroidismo, regolarsi per tentativi con i metodi consigliati per il morbo di Basedow. Se non v'ha stretta indicazione chirurgica, nè vi sono segni di deficiente o di esagerata funzione tiroidea, si contenti di consigliare al suo malato le comuni norme igieniche.

t. p.

(127). Il dott. A. G. da R. chiede se debba dirsi « sifilodologia » o « sifilidologia ».

L'etimologia di sifilide è molto incerta e riteniamo consenta le due ortografie.

Alcuni fanno derivare sifilide da *σιφλός*, mostruoso, deforme; in tal caso converrebbe dire sifilodologia. Altri, con Fracastorius, risalgono al nome del pastore Syphilus, il quale secondo la leggenda venne punito con una ributtante malattia perchè insolenti contro il Sole; in tal caso sarebbe più corretto dire sifilidologia. V'è persino una derivazione dall'arabo « safala », o dall'ebraico « suàfal », che significano: uomo spregevole. Ve n'è un'altra da *συφός*, porcile, o da *σῦς*, porco.

La prima delle due forme è usata per altri derivati di sifilide: sifiloderma.

Riteniamo da preferirsi la dizione « sifilidologia », ch'è stata sempre in uso nel nostro giornale; ma nel numero scorso la tipografia ha preferito cambiare....

R. B.

Ill.mo Sig. Direttore del « Policlinico ».

Leggo con ritardo, perchè assente da oltre un mese da casa, quanto il dott. Giano Luigi Petrilli pubblica come contributo alla clinica ed alla profilassi della parotite epidemica nel fascicolo 22 del *Policlinico*, Sezione pratica.

Trovo perfettamente esatto e rigorosamente logico tutto quanto in detto articolo il collega riferisce circa l'etiologia e la profilassi di questo lieve morbo infettivo, il quale, malgrado il suo decorso benigno, determina, sempre che assuma il carattere epidemico, delle dannose perturbazioni nell'ordinario svolgimento della vita nei collegi, orfanotrofi, caserme, ecc.

Se non che, io non condivido con l'egregio collega l'*idea che gli autori considerano i fenomeni flogistici parotidei come manifestazione prima, specifica*, poichè basterebbe aprire un buon trattato di patologia medica per formarsi il convincimento dell'erroneità di tale asserzione.

L'Eichhorst ad esempio a pag. 577 del suo magistrale trattato scrive: « Fu molto discussa la questione, se la parotite epidemica sia una malattia locale, ovvero un'infezione generale con una alterazione locale prevalente, quella della parotide. L'ultima ipotesi pare la più probabile. Per essa militano l'apparire epidemico della malattia, la sua contagiosità e l'immunità che, come si sa per esperienza, si acquista quando la malattia fu superata una volta ».

E tale teoria trova la sua dimostrazione pratica nel polimorfismo nosologico di questa speciale infezione, la quale, oltre il fenomeno più frequente (infiammazione catarrale della parotide), determina talvolta dei fatti flogistici solamente in altre ghiandole vicine (sublinguale, submascellare) o lontane (testicolo).

Lo stesso autore soggiunge: « È facile immaginare che il virus della malattia penetri pei dotti escretori dalla cavità orale nella parotide e che i fenomeni generali dipendano essenzialmente dal passaggio del virus con maggiore o minore abbondanza e facilità dalla parotide nel sistema linfatico generale ».

Le odierne vedute etiologiche adunque non possono essere più chiare di così e se, per opportunità esclusivamente didattiche, la parotite epidemica è descritta nei trattati come entità nosologica a sè, il medico pratico, fino a quando non sarà fatta luce completa in proposito, non deve mai perdere di vista la vera natura infettiva della malattia per prevenirne coi mezzi profilattici di cui oggi dispone, antisepsi orale e isolamento, la ulteriore diffusione.

Trovo utile la spennellatura della mucosa bucco-faringea, che io stesso pratico da più anni ma con tintura di iodio e glicerina a parti eguali, sia a scopo terapeutico che profilattico.

La prego, signor Direttore, di dare un posticino a questa mia nota nel suo periodico e la ringrazio vivamente.

Torino, 28 giugno 1913.

Devot.mo Dott. MICHELE ARLOTTA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

HAWTORNE C. O. **Studies in clinical medicine.** Vol. in-8° di pag. 441. London, John Bale, Sons and Danielsson, 1912. Rileg. Sh. 6.

Con il modesto litolo di *Studies* l'A. offre un complesso di osservazioni cliniche molto importanti. Il libro è diviso in due parti: nella prima è un esame diligente preciso, reso dimostrativo da figure molto nitide, di problemi sempre nuovi relativi al reumatismo e alle nodosità sottocutanee fibrose; nella seconda è una serie di lezioni cliniche intorno a casi rari di varia indole. In tutto il volume domina la schietta obbiettività dell'osservazione che costituisce la nobile tradizione clinica inglese. In clinica, i fatti debbono parlare per sè, al disopra dei tentativi di spiegazione: i fatti stanno per sè, per le indicazioni prognostiche e curative che importano.

Il volume dell'Hawtorne è un magnifico documento di abilità clinica e sarà letto con interesse e con profitto dai medici pratici.

a. v.

A. BORRINO. **Terapia infantile.** U. T. Editr. Torinese, 1912. L. 4.

È un manuale tascabile di terapia infantile in cui la dottoressa Borrino, senza pretese di novità, espone succintamente, in maniera chiara e pratica, quanto di più moderno si conosce per la terapia delle malattie infantili. Riuscirà sommamente utile al medico pratico, che nel volumetto troverà le norme igieniche, la terapia medicamentosa e fisica, il *menu* per il bambino sano e malato.

t. p.

L. BRAUN. **Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten.** Zweite Auflage. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1913. M. 12.

Il prezioso manuale del Braun sulla diagnosi e terapia delle malattie cardiache viene con questa ad avere una nuova edizione completamente rifatta dati gli enormi progressi fatti in questi ultimi tempi soprattutto nel campo della radiodiagnostica, in quello delle aritmie del polso venoso e dell'elettrocardiogramma. Anche la sierodiagnosi ha rischiarato molti problemi etiologici e diagnostici e trova in questa edizione uno svolgimento adeguato.

Il trattato è scritto da un punto di vista eminentemente pratico.

Quindi le questioni di fisiologia, di patologia, i mezzi grafici, la radiologia e l'elettrocardiografia sono esposti solo pei loro risultati praticamente utilizzabili.

La parte che si riferisce all'idroterapia e meccanoterapia che in questi ultimi tempi ha assunto uno svolgimento notevole è affidata a due specialisti di valore quali il Brun e lo Strasser.

L'edizione è accurata e corredata di numerose figure originali.

P. A.

G. BASILE. **La clinica delle malattie renali.** Napoli, 1913 « La Rivista Sanitaria », Edit. L. 5.

Il Basile non fa opera nuova, cerca di sintetizzare tutti gli studi moderni sulla clinica delle malattie renali. L'opera non facile assolve l'A. con grande chiarezza e con ordine Dopo le nozioni anatomiche e fisiologiche sui reni, dopo l'analisi razionale dei componenti dell'urina normale e patologica, è la volta delle malattie renali, in cui, a me pare, nulla sia dimenticato di moderno e di realmente interessante.

L'opera dell'A. è assai strettamente legata all'opera delle scuole francesi, ma in questi ultimi anni specialmente, per opera di Widal, Ambard, Castaigne, Laederich, ecc., la patologia renale ha subito una vera revisione.

Così come è, breve e semplice, è un libro che sarà di utile ausilio all'opera del medico.

t. p.

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. J. F. Lehmann's Verlag, 1913. M. 20.

È una pubblicazione d'occasione. È un grosso volume che il prof. Bauer pubblica per i festeggiamenti del centenario degli ospedali di Stato di Monaco. Sono pagine ricche di dati statistici, di notizie cliniche e di insegnamenti pratici tratti dalla storia e dagli annali degli ospedali di Monaco.

p. s.

VARIA

Gli errori di stampa. — Anche per un giornale medico i « refusi » tipografici sono sempre di attualità.

Naturalmente, però, interessano di più la stampa quotidiana.

Possono dar luogo a sviste comiche. Un collaboratore della *Revue* ne cita moltissimi casi. Così, un giornale annunziava che i ministri si erano riuniti per « delirare » (deliberare).

La Bibbia è il libro che fu stampato il maggior numero di volte e che subì quindi più di

frequente le conseguenze delle distrazioni tipografiche. Sisto V aveva voluto sorvegliare personalmente la correzione di una edizione della Volgata, e la corredò con una bolla che infliggeva la scomunica a chi avesse osato mutare una virgola nel testo: ma non si tardò a scoprire che il volume era zeppo di errori tipografici e la bolla fece ridere: il Papa si affrettò a far distruggere le copie della edizione, divenuta, così, rarissima e preziosa. La moglie di uno stampatore tedesco di nottetempo mutò due lettere in una frase biblica che impone alla donna la sottomissione all'uomo, per fare che dicesse il contrario: il volume fu confiscato e si afferma che la colpevole fosse punita con la morte.

Pare che la campagna di Russia sia stata causata da un errore tipografico. Il *Monitore dell'Impero*, in un articolo sui vantaggi dell'alleanza franco-russa, parlando di Alessandro e di Napoleone doveva contenere la frase: « I due Sovrani, di cui la unione non può essere che invincibile... ». Essendosi sciolti i caratteri della parola « unione », la frase suonò in questo senso: « I due Sovrani, di cui uno non può essere che invincibile...». Lo Zar Alessandro ne fu assai irritato e il malinteso non tardò ad inasprirsi.

Lo stesso *Monitore* fece rider molto il pubblico, stampando che Cambacères era il « gran candelliere » (cancelliere) dell'Impero.

Gli errori di stampa sono inerenti per molta parte alla calligrafia poco intelligibile degli originali. Oggi si raccomanda molto la scrittura a macchina; ma, contrariamente a quanto si può credere, una calligrafia non troppo chiara è talvolta una garanzia di esattezza tipografica, poichè l'operaio è costretto a prestarvi maggiore attenzione.

Intervengono molte altre cause, ma sovratutto la capacità e la diligenza del compositore tipografo; la meticolosità della prima correzione, eseguita da appositi « correttori » i quali, nelle grandi tipografie, debbono essere persone molto istruite e diremmo semi-enciclopediche; la fedeltà con cui queste prime correzioni vengono riportate sul piombo.

Se il compositore è poco provetto può ancora rendersi necessaria una seconda e persino una terza correzione. Malgrado tutto però alcuni errori restano.

A questo punto vengono tirate le bozze di stampa per l'autore, il quale può essere più o meno accurato nella revisione, più o meno chiaro nel segnare le correzioni. Alcuni autori poco « visivi » rileggono affrettatamente il loro lavoro, senza rilevarne gli errori, e segnano imperfettamente, alla peggio, le correzioni: così è che i loro articoli contengono regolarmente più errori del solito. Qualche autore non si contenta di una sola correzione, ma esige le seconde e persino le terze bozze: di solito sono i loro articoli quelli che risultano più scorretti.

Le correzioni dell'autore vengono poi riportate più o meno fedelmente sul piombo dall'operaio correttore.

Nelle buone tipografie, dopo che gli articoli sono stati impaginati segue una lettura di rifinimento di tutta l'impaginazione, per accertare se le correzioni segnate dagli autori sono state tutte eseguite, per togliere qualche refuso di minore importanza, che fosse ancora sopravanzato, per sostituire le lettere sciupate.

Le ultime correzioni segnate nell'impaginazione potrebbero essere riportate sul piombo con poca coscienziosità dall'operaio correttore; perciò segue ancora un ultimo « controllo di macchina », il quale è compiuto da un apposito revisore, durante la « messa in macchina ». Così nessuna delle correzioni segnate può sfuggire, a meno che l'operaio correttore non si prenda l'arbitrio di cassarne qualcuna, per evitare un laborioso « spostamento ».

Dopo tanto lavoro e tanti controlli, rimangono sempre degli errori tipografici.

Alle volte basta l'omissione di una virgola, un « che » o un « anzi » di troppo, un « di » al posto di un « t » (diabetico per tabetico) — errori che ci è occorso di rilevare in questi ultimi numeri del « Policlinico » — per conferire ad un periodo un senso inatteso o per renderlo inesplicabile o per lasciare il lettore assai poco rassicurato.

In confronto di altri giornali medici, il nostro è certo uno dei più corretti. E tiene a mantenersi tale. Perciò raccomandiamo agli autori di voler cooperare a tener lontani gli errori di stampa, rileggendo con cura le loro bozze. (Noi ci facciamo un dovere d'inviare sempre le bozze agli autori, salvo per motivi eccezionali e giustificati).

I giornali medici stranieri sono quasi tutti molto bene corretti. Ogni tanto però incorrono in sviste solenni. Non molti mesi or sono uno dei giornali medici più accreditati pubblicava un lavoro originale del prof. Bozzolo, nel quale il nome del grande clinico divenne Boppolo, così nel titolo del lavoro come nell'intestazione dell'Istituto. E la stessa ortografia rimase negli indici.

Casi analoghi sono tutt'altro che eccezionali e destano vivo risentimento negli autori novellini...

Qualche giornale medico straniero spinge lo scrupolo dell'esattezza fino alla velleità di pubblicare regolarmente, in ogni numero, l'*errata-corrige* dei numeri precedenti.... R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'aborto terapeutico e la legge.

Con questo titolo il prof. Tissier, ostetrico francese, ha scritto un interessante articolo negli *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, che è stato largamente riassunto nella rivista *La Clinica Ostetrica.*

Questo articolo si riferisce ad un argomento di deontologia medica che trova il suo posto naturale nella nostra rubrica, perchè qualche medico pratico può lasciarsi soverchiamente impressionare dalle conseguenze, secondo me esagerate, alle quali arriva l'egregio ostetrico di Francia.

Il quale comincia col ricordare che ci hanno insegnato in clinica che il medico deve interrompere precocemente la gravidanza dopo i primi mesi, quando essa, per la sua evoluzione, metta in pericolo l'esistenza della madre: e questo è l'*aborto terapeutico*.

Le indicazioni si sono più o meno modificate con i progressi dell'arte nostra. Ai primi albori dell'ostetricia scientifica erano i restringimenti del bacino che giustificavano principalmente l'intervento. Ma in questi ultimi anni le malformazioni pelviche sono quasi sparite dal quadro delle sue indicazioni: restano invece in lista molte gravi affezioni che si sviluppano a causa della gravidanza, e cioè le emorragie infrenabili, l'incarceramento dell'utero, le degenerazioni placentari, l'idramnios eccessivo, le anemie perniciose; e così pure le intossicazioni dipendenti dallo stato gravidico, i vomiti incoercibili, l'albuminuria, le nevriti generalizzate, le manie, ecc.

Più recentemente una importante categoria di malattie preesistenti s'è ritenuto che possa essere considerevolmente aggravata dallo stato gravidico e possa reclamare l'interruzione della gravidanza: lesioni dell' apparecchio cardio-vascolare, del sistema respiratorio, delle vie urinarie ecc.

Stabilire che una di tali complicazioni reclami formalmente l'aborto è infinitamente difficile; molteplici variazioni si sono avvicendate nelle idee dei maestri e se ne produrranno ancora. Per esempio il rescritto di Peter che contemplava le cardiopatie è stato fortemente attaccato e in seguito modificato; e certe intransigenze tedesche sulle tubercolosi latenti sono verosimilmente suscettibili di attenuazione.

Ora, se si accetta con troppa facilità la dottrina dell'aborto curativo si apre largamente la via ai più deplorevoli abusi familiarizzando i medici con quell'opera di distruzione alla quale non si deve ricorrere che come *ultima ratio*; forse alcuni si lascerebbero inconsciamente andare ad eseguirla per casi non urgentissimi o molto dubbi.

Per di più (scrive Tissier) ci si esporrebbe al rischio di porre in salvo, al riparo della pratica onesta, certe individualità poco scrupolose per le quali gli esempi venuti dall'alto sarebbero il mantello dell'impunità.

Malgrado queste riserve tuttavia è certo che in alcune circostanze, benchè rare, l'aborto deve essere provocato a scopo terapeutico, e non provocandolo il medico commetterebbe una colpa.

Ciò posto, il Tissier si domanda se l'operatore, dopo avere dal punto professionale agito con impeccabile discernimento, non corra il rischio di dover rispondere del suo intervento dinanzi ai Tribunali e se ciò non avvenga nella pratica soltanto per la intelligente tolleranza dei giudici.

Questo lato puramente giuridico della questione è stato studiato due anni fa da Bonnaire e Montal e, non ha guari, completamente trattato in un lavoro del dottor du Moriez di Montpellier.

Questi autori, e Tissier con essi, ritengono che l'aborto terapeutico al pari di quello criminoso ricada sotto il disposto dell'art. 317 del Codice penale francese. Il testo di questo articolo è dei più categorici e non ammette dubbiezze: *L'aborto è un delitto e colui che lo commette è un delinquente.*

Contro tale concetto, già P. Dubois voleva paragonare l'aborto terapeutico alle ferite operatorie, e fu tra i primi ad affermare, poi seguìto da altri, che « l'intenzione e lo scopo inconfessabili costituiscono il delitto, e la legge non vuol punire che il delitto ». Questo concetto fu ripreso in seguito e molte volte. Garraud nel suo *Trattato teorico e pratico di diritto penale* scrive che l'aborto terapeutico è unicamente di dominio ostetrico e che il

legislatore non punisce che l'aborto clandestino; tesi sostenuta da Brillaud-Laujardière fino dal 1862, e poi da Morin, Briand, Claudé.

Tissier però non si accontenta del parere di questi giuristi e medici-legali, e pensa che essi siano caduti in errore; la legge non fa la più piccola allusione alla intenzione o, più esattamente, ai motivi: essa non parla che dell'aborto provocato volontariamente. Infatti perche l'aborto sia incriminato è assolutamente necessario che ci siano il fatto e l'intenzione; se per inavvertenza, per insufficienza di esame nel corso di una operazione o di una cura il medico — senza averlo voluto — provoca l'espulsione di un uovo umano egli può bene addurre che non era nella sua intenzione che l'aborto avvenisse e che esso si è determinato involontariamente e in via del tutto accessoria. Ma quando deliberatamente, dopo matura riflessione, il medico ha preso il partito di fare abortire una donna non può addurre che non vi sia stata premeditazione e che l'aborto perciò non sia volontario.

Se la buona intenzione non basta per scagionare il medico non si può girare la legge e trincerarsi dietro il diritto operatorio? Il diritto operatorio non è punto codificato, ma per quanto impreciso è dominato da certi principî, fra cui è in prima linea il consenso reale o presunto dell'operato o del suo mandatario. Il chirurgo, nella pratica abituale, può essere considerato come un mandatario degli operati, ma nella specie non vi è soltanto la madre, vi è anche il feto. Il chirurgo può ritenersi mandatario del feto prescrivendone la soppressione? O invece bisogna ritenere il feto « *pars ventris mulieris* », come un tumore inerte e non come un essere germogliante, già pupillo della società e già protetto dalla sollecitudine della legge?

In difetto del diritto operatorio, Maxwell (un intelligente magistrato francese che predilege questi argomenti di diritto attinenti alla medicina, e le cui idee io ho già volte ricordate nel *Policlinico*) ha invocato per la madre il diritto di legittima difesa; ma per poco che si legga le disposizioni del codice circa la legittima difesa bisogna convenire che occorre una forte dose di compiacenza per dedurne la giustificazione dell'aborto provocato.

Allo stesso modo il naufrago che per risparmiare le sue provvigioni getta dal battello il suo compagno di sventura potrebbe eccepire lo stesso diritto di legittima difesa, diritto che nessuno potrebbe riconoscergli.

L'ostetrico francese ritiene dunque che un medico il quale giudica suo dovere di ricorrere alla espulsione avanti termine del feto, anche nelle condizioni meno sospette, può a rigor di termini esser perseguito o per lo meno molestato da qualche procuratore di vista corta (se ve n'è) o meticoloso o cavilloso.

Ciò hanno ben compreso quelli fra i nostri maestri, che hanno reclamato una modificazione della legge per sancire una disposizione speciale che regolasse tale situazione equivoca.

In attesa di tale aggiunta allo scopo di evitare penali responsabilità, la via migliore, come raccomandava Bégin all'Accademia di medicina, sarebbe, secondo Tissier, di comunicare in precedenza le proprie intenzioni al Tribunale e di domandarne l'assenso preventivo.

È noto che il Tarnier consigliava ai suoi allievi « per porre la loro responsabilità al coperto, di assicurarsi il concorso di parecchi colleghi, di non operare se non dietro il loro consenso unanime, e, scritte debitamente le indicazioni sotto forma di consulto, far conoscere essi stessi all'autorità giudiziaria la natura dell'operazione e le ragioni che l'avevano imperiosamente reclamata ». Questi consigli sono ripetuti da Bonnaire.

Con essi si elude senza dubbio la legge: ma per lo meno il medico si mette in guardia contro possibili noie giudiziarie.

Queste sono le idee di Tissier, fedelmente riassunte, nelle quali è facile vedere quanto vi sia di esagerato e di artifizioso.

Forse la legge penale francese, sia quella in vigore sia quella dell'anno IV, è meno chiara della nostra. Ma applicando la nostra nessun giudice potrà pensare mai a tradurre in giudizio e tanto meno a condannare il medico che a scopo terapeutico provoca un aborto o un parto prematuro. L'articolista francese parla della legittima difesa e giustamente ritiene che non possa essere eccepita per rendere impunibile l'aborto terapeutico; però il nostro Codice penale nello stesso articolo 49 che riguarda la legittima difesa dichiara nel terzo alinea che non è punibile chi abbia commesso il fatto in stato di necessità.

« Art. 49. — *Non è punibile colui che ha commesso il fatto;.... 3° per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sè o altri da un pericolo grave e imminente alla persona, al quale non aveva dato volontariamente causa e che non si poteva altrimenti evitare* ».

Questo alinea dell'articolo 49 del Codice penale italiano a me pare definisca scultoriamente la condizione dell'ostetrico che è costretto a provocare la morte di un feto *in utero* dalla necessità di salvare la madre da un pericolo grave ed imminente, nel quale egli non ha colpa veruna, e che non si può in altro modo evitare.

Che si vuole di più dalla parola e dallo spirito della legge?

Essa ha convenientemente salvaguardato la responsabilità degli ostetrici onesti, e nessun procuratore del re meticoloso o cavilloso (e non ne mancano nel felice italo regno) ha pensato mai, che si sappia, a trascinarne qualcuno sul banco dei rei, con la sicurezza di vederlo assolto dal magistrato giudicante.

Nessuna autorizzazione preventiva deve chiedere perciò all'autorità giudiziaria il medico per compiere un atto che rientra nelle sue attribuzioni professionali e che la legge esclude possa assumere la figura di un atto punibile; e basta pensare all'assurdità pratica di questa richiesta di autorizzazione per persuadersi di quanto vi sia di ingiustificato nei timori e negli scrupoli degli ottimi confratelli francesi. Il magistrato non potrebbe evidentemente dare l'autorizzazione senz'altro, di testa sua, ma dovrebbe accertarsi, mediante una perizia, che esistano veramente le indicazioni per l'aborto procurato. Perizia, vale a dire parere dato dalla coscienza di un altro medico. E perchè non affidarsi allora a quella altrettanto insospettabile, fino a prova contraria, del medico curante?

Chi non vede, inoltre, quanto tempo si perderebbe per ottenere questa autorizzazione preventiva per un'operazione sempre urgente? La materia del contendere si esaurirebbe spontaneamente, con la morte della madre prima di quella del figlio.

Invece, il consiglio contenuto nelle parole surriferite di Tarnier, di assicurarsi sempre il parere di altri colleghi prima di accingersi a provocare un aborto terapeutico, è preziosissimo e dovrà seguirsi in ogni caso. Ma mi sia permesso di dire che i medici italiani non hanno bisogno di andarlo a cercare, questo consiglio, nel trattato di Tarnier, perchè nei principî deontologici adottati da quasi tutti gli Ordini dei medici d'Italia, su proposta della loro Federazione, è ben detto che il medico *ha il dovere* di domandare la consultazione con un altro collega, salvo i casi di estrema urgenza, quando occorre provocare un parto prematuro o un aborto a scopo terapeutico.

Doctor CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici di Roma. — Domenica 27 luglio l'Ordine dei medici della provincia di Roma terrà una adunanza generale straordinaria nell'aula dell'Istituto di anatomia (via Depretis, 92) col seguente ordine del giorno:

1° Comunicazioni del Consiglio amministrativo.

2° Inscrizione nell'albo dell'Ordine dei dentisti non laureati, abilitati a continuare nell'esercizio per la disposizione transitoria della legge 31 marzo 1912.

3° Discussione del ricorso all'adunanza generale dell'Ordine del dott. Paolo Kaufmann contro la deliberazione del Consiglio amministrativo del 3 maggio 1913, con la quale non veniva accolta la sua domanda per l'inscrizione nell'albo definitivo dell'Ordine, non essendo il Kaufmann fornito di diploma professionale di un Istituto del Regno o di un Istituto di Stato estero che abbia concesso il diritto di reciprocità per l'esercizio professionale ai cittadini diplomati in Italia, e non essendo nemmeno inscritto da tre anni prima della legge 10 luglio 1910 nei ruoli dei contribuenti per i redditi della ricchezza mobile derivanti dall'esercizio professionale.

Il Consiglio dell'Ordine nella prima quindicina del mese di luglio ha dovuto occuparsi di gravi e importanti argomenti di interesse pubblico e privato, oltre del disbrigo delle pratiche ordinarie, che sono naturalmente molto onerose, contando l'Ordine di Roma circa 1300 inscritti.

Così, il Consiglio dell'Ordine venuto a conoscenza di un increscevole incidente occorso al medico condotto di un grosso Comune della provincia, la cui casa fu sottoposta a perquisizione dal pretore locale per trovarvi le traccie di un ipotetico reato che avrebbe commesso nelle sue funzioni di ufficiale sanitario, votava un ordine del giorno di simpatia e di solidarietà per il collega, dopo che il presidente aveva avuto al riguardo un abboccamento col procuratore generale presso la Corte d'appello di Roma.

Il Consiglio informato che un medico da lui sottoposto a procedimento disciplinare per accusa di krumiraggio in un'altra provincia erasi volontariamente sottomesso agli inviti dell'Ordine dei medici locale e della Sezione dell'A. N. M. C., compiacendosi di tale atto di collegialità desisteva dal procedimento disciplinare e prendeva impegno di aiutare il collega per una decorosa e definitiva sistemazione.

Il Consiglio rendeva di pubblica ragione sui giornali cittadini che un sedicente medico dentista arrestato in questi giorni in Roma sotto la imputazione di truffa, di abuso di titolo accademico e di esercizio abusivo della medicina, era stato da esso denunciato al procuratore del Re da oltre un mese.

Recentemente il Consiglio ha deferito all'esame del Consiglio dell'Ordine degli avvocati la condotta di un avvocato romano per una frase scioccamente ingiuriosa verso il Consiglio dell'Ordine dei medici da lui scritta in una comparsa conclusionale a favore di un municipio recalcitrante a pagare al medico condotto di un paese limitrofo gli onorari dovutigli per un'operazione ostetrica secondo la tassazione del Consiglio medesimo.

Il Consiglio ha denunziato al prefetto di Roma due farmacisti della città per la *réclame* sconveniente che fanno dei loro prodotti nella stampa politica, e per l'esercizio abusivo della medicina compiuto nelle loro botteghe.

Sotto la presidenza del consigliere Venere si è radunata la Commissione nominata dal Consiglio per lo studio dei mezzi per ottenere la trasformazione delle condotte piene della provincia in condotte residenziali, ed ha cominciato un importante lavoro di indagini sull'argomento.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE

(3924) *Pensioni medici anziani.* — Il dott. A. A. da C. desidera conoscere se avendo oltrepassato il 60° anno di età ed il 25° di servizio, possa, dopo 5 anni di iscrizione alla Cassa andare in pensione e, nella affermativa, in forza di quale articolo di legge.

Alle esposte condizioni si può liquidare la pensione dopo solo 5 anni di iscrizione alla Cassa, in virtù del disposto dell'articolo 14, capoverso 2° della legge 11 dicembre 1910, n. 855. Deve però dimostrare che si trovava in regolare servizio alla entrata in vigore della legge sulla Cassa pensione.

(3925) *Congedi e supplenze.* — Il dott. P. R. da S. chiede conoscere se il Comune può, in sede di capitolato stabilire la durata del congedo a soli 15 giorni, se sia legale dare una somma determinata per la supplenza, anche se inferiore a quella che realmente occorre; e se possa ed a chi ricorrere per eventuali provvedimenti di rettifica.

Il regolamento sanitario dichiara che i Comuni hanno l'obbligo di accordare un congedo annuale della durata *massima* di mese. Locchè vuol dire che le Amministrazioni comunali sono libere di non concedere il massimo e di ridurre l'annuale licenza anche al periodo di 15 giorni. Su tale punto non può muoversi censura, perchè preesistendo il capitolato alla apertura del concorso, i i vari candidati ben conoscevano le condizioni con cui assumevano il servizio. Non è però legittimo il patto di corrispondere al sanitario una determinata somma fissa per provvedere al supplente, perchè qualora la somma assegnata non sia sufficiente, la differenza dovrebbe essre corrisposta da lui e ciò con aperta violazione delle norme regolamentari, secondo cui, per effetto dell'annuale congedo, nessun aggravio deve ricadere sul condottato. Per tale punto non si esclude la possibilità di una eventuale rettifica. Rivolga istanza al Consiglio comunale, e poscia, se occorra, alla G. P. A.

(3926) *Pensioni. - Se possano valere per la pensione gli anni di servizio prestati presso più Comuni, non riuniti in consorzio.* — Al dott. L. P. da C. che ci interpella su tale argomento, rispondiamo che gli anni di servizio, cui accenna, possono valere per la pensione, perchè se i Comuni non erano riuniti in consorzio, in ognuno di essi dovea pur prestare servizio un medico proprio. Quindi i singoli posti erano legalmente istituiti.

(3927) *Concorso - Presentazione istanze.* — Il Dott. F. S. M. da R. desidera conoscere se sia valida la presentazione di una domanda scaduta l'ora fissata nel bando di concorso, e se la domanda stessa possa essere ritenuta valida perchè preannunziata con telegramma spedito in tempo utile.

Non è valida la domanda presentata anche solo dopo poche ore scaduto il termine fissato nel bando di concorso, nè a renderla valida può essere invocato l'invio del telegramma di prevenzione. Le modalità stabilite pei concorsi nei rispettivi bandi sono di stretta interpretazione, perchè riflettono diritti di terzi e della stessa amministrazione che ha aperto il concorso.

(3928) *Ufficiale sanitario - Medico condotto.* — Il Dott. C. C. da F. desidera conoscere se egli, come ufficiale sanitario e mevico condotto, abbia acquistata la stabilità in entrambe le cariche.

Il medico condotto non acquista mai la stabilità nella carica di ufficiale sanitario, perchè la legge tassativamente dispone che questa cessa non appena sia possibile scindere le due funzioni.

(3929) *Medico di Opera Pia - Consigliere provinciale.* Il dott. C. S. L. da C. di S. desidera conoscere se un medico di ospedale alla dipendenza della Congregaziona di carità è eleggibile alla carica di consigliere provinciale e se un consigliere provinciale può essere nominato medico di ospedale alla dipendenza della Congregazione di carità, senza decadere dalla carica di consigliere provinciale.

La quistione è stata risoluta in senso negativo pei rapporti del medico condotto. Siccome però trattasi della medesima disposizione di legge che comprende i medici condotti e quelli alla dipendenza delle Opere Pie, devesi ritenere egualmente risoluta in senso negativo la quistione a riguardo del medico che presta servizio nell'ospedale alla dipendenza della Congregazione di carità. E così, come il medico condotto fu ritenuto impiegato amministrativo, il medico dell'ospedale è ritenuto anche esso impiegato amministrativo della Istituzione di beneficenza, agli effetti della ineleggibilità prevista dall'articolo 25 della legge comunale. Per la decadenza in caso di avvenuta elezione, vale il medesimo ragionamento. Si può confrontare la sentenza della Cassazione di Roma del 28 maggio 1912.

(3930) *Ufficiale sanitario - Fratello del veterinario.* — Il Dott. F. G. da S. Z. S. A. desidera conoscere se sia incompatibile l'ufficiale sanitario che abbia in paese un fratello che è unico veterinario comunale.

Nè dalle leggi, nè dalla giurisprudenza è stabilita la incompatibilità in parola, perchè il veterinario comunale non è soggetto a sorveglianza da parte dell'ufficiale sanitario. Tutto al più questi deve sostituire il primo in caso di assenza o di impedimento e tale sostituzione si fa anche più volentieri se i due funzionari sono fratelli.

(3931) *Ufficiale sanitario - Cognato del farmacista.* — Il Dott. G. L. da L. ci scrive per conoscere se sia incompatibile la carica di ufficiale sanitario in un paese ove un di lui cognato esercita la farmacia.

La giurisprudenza ha stabilito la incompatibilità dell'ufficiale sanitario in un paese ove un di lui parente copre un ufficio sottoposto alla sua sorveglianza. È quindi da ritenere che esista la incompatibilità quando un cognato di detto funzionario eserciti la farmacia.

(3932) *Concorso - Ritardo nomina - Iscrizione Ordini sanitari.* — Il dott. C. I. da C. desidera conoscere quali provvedimenti si potrebbero attuare per indurre un Comune a procedere subito alla nomina del medico condotto, ingiustificatamente ritardata e quali documenti occorre produrre per la iscrizione all'Ordine dei sanitari.

Qualora il Comune ingiustificatamente ritarda la nomina a medico condotto del sanitario, che ha già vinto il concorso e già presta servizio come interino, non puossi che ricorrere alla G. P. A., perchè provveda di ufficio in luogo e vece del Consiglio comunale.

La domanda, stesa su carta da bollo da centesimi 60 deve essere inviata al Consiglio amministrativo dell'Ordine e deve essere accompagnata dal certificato di nascita, da quello di residenza, dal certificato penale, da quello di cittadinanza italiana e dal diploma professionale. Alla domanda stessa deve essere unita la prova dello eseguito pagamento della tassa di lire 50. Si deve iscrivere nell'Ordine della provincia in cui esercita. Sarà permesso, occorrendo, il trasferimento.

(3933) *Pensioni - Contributo.* — Al Dott. G. R. da C., che interpella su tale oggetto, rispondiamo che è il Comune obbligato a rivalerla dalla differenza pagata in più per contributo monte pensione, salvo ad esso il diritto di rivalsa verso lo Stato.

(3934) *Assicurazione sulla vita.* — Al Dottore A. R. da G. consigliamo di assicurarsi sulla vita, non potendo in altro modo provvedere ai futuri bisogni della famiglia.

(3935) *Ricchezza mobile - Indennità cavalcatura.* — Il Dott. T. P. da C. desidera conoscere se deve pagare la ricchezza mobile anche sulla indennità che riceve dal Comune per la cavalcatura.

Anche sulla indennità cavalcatura deve essere pagata la tassa di ricchezza mobile.

(3936) *Pensioni.* — Al Dott. A. Z. da S. G. O. C., rivolgiamo preghiera di riprodurre l'intero quesito con tutte le eventuali modalità di servizio. Liquideremo la pensione appena ricevuti i dati richiesti.

(3937) *Aumento di indennità all'ufficiale sanitario di ufficio - Ricorso.* Il Dott. G. M. da M. desidera conoscere se il medico abbia diritto di ricorrere avverso la decisione della G. P. A., con la quale gli si aumenta, ma non in congrua misura l'assegno come ufficiale sanitario.

I provvedimenti della G. P. A. emessi a' sensi dell'articolo 26 della legge sanitaria sono in rapporto ai medici definitivi, non suscettibili cioè di ricorso in linea gerarchica.

Tali provvedimenti possono dagli interessati essere solo impugnati per ragioni di legittimità, cioè per incompetenza, eccesso di potere o violazione di legge, o alle sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato o con ricorso in linea straordinaria a S. M. il Re.

Doctor JUSTITIA

Riceviamo da Venezia una lettera firmata con lo pseudonimo del nostro Redattore dottor Cajus, con quesiti in merito ad un concorso. Preghiamo perciò il collega che si è valso di tale sigla a favorirci le sue generalità ed il suo numero d'abbonamento, altrimenti non potrà avere risposta. *La Redazione.*

Condotte e Concorsi.

ATTIMIS (*Udine*). — Condotta; L. 3400 lorde pei poveri; 3 sessenni; eventuale indennità U.S. Assunzione in servizio entro 15 giorni dalla partecipazione. Scad. 31 luglio.

*BENTIVOGLIO (*Bologna*). — Condotta; L. 2500 e L. 800 per cavalc. Scad. 31 luglio.

BIONE E AGNOSINE (*Brescia*). — Medico condotto consorziale, cura piena. Stipendio L. 4700 lorde, compreso indennità per trasporto e U.S. Scad. 31 luglio.

BORGHI (*Forlì*). — Condotta pei poveri; L. 3300 con tre quinquenni, L. 700 per cav. e L. 250 U. S., lorde. Ab. 3085. Servizio entro 15 giorni. Scad. 28 luglio.

BRA (*Cuneo*). — Condotta per Pollenzo; L. 1500 lorde pei poveri. Scad. 25 luglio.

* CAMPELLO SUL CLITUNNO (*Perugia*). — Medico chirurgo U. S.; L. 4575 nette compresovi obbl. cavalc., cura piena, 3 sessenni, ab. 1473 di cui 760 nelle frazioni. Scad. 31 luglio.

* CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CARATE LARIO (*Como*). — Condotta piena con Laglio; L. 3238.20 lorde. Ab. 1725. Scad. 31 lug.

CARPANETA DOSIMO (*Cremona*). Condotta libera; L. 3500 nette, 2 sessenni di L. 300 e L. 100 quale U. S. Scad. 25 luglio.

CASALNUOVO (*Napoli*). — Condotta per i poveri; L. 1200. Scad. 24 luglio.

* CASTAGNARO (*Verona*). — Condotta 1° reparto; L. 3600 Scad. 15 luglio.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 3ª condotta a cura piena. Vedi fasc. 28. Scadenza 31 luglio.

CATANZARO. *Deputazione provinciale*. — Direttore del Manicomio di Girifalco; L. 5000 aument. a L. 6000, oltre i sessenni, alloggio per sè e famiglia mobiliato; età massima 50 anni. Rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scad. 31 luglio.

* CENTO (*Ferrara*). - Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illum. e riscald. Scad. 31 luglio.

CESSOLE (*Alessandria*). — Condotto e U. S.; L. 1800 pei poveri e L. 200 per congedo. Scad. 31 lug.

* CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta piena; ab. 2988 in due condotte; L. 3225, con due sessenni e L. 100 per supplenza al collega, lorde. Servizio entro 20 giorni dalla partecipazione. Scad. 31 luglio.

*CINETO ROMANO (*Roma*). Condotto; L. 2600, cura piena, ab. 810 dei quali solo 10 sparsi e L. 100 quale U. S e per armadio farm. Probabile nomina medico ferroviario. Scad. 31 luglio.

CIVITELLA DELLA CHIANA (*Arezzo*) — Il concorso alla condotta è prorogato al 31 luglio.

COMO. *Brefotrofio Provinciale*. — Medico direttore ostetrico; L. 4000. Schiarimenti dalla Segreteria provinciale. Scad. 7 agosto.

COMO. *Deputazione Provinciale*. — Sino al 7 agosto concorso per titoli scientifici e pratici, al posto di Medico-Direttore-Ostetrico collo stipendio di L. 4000. Rivolgersi alla Segreteria.

* CREMA (*Cremona*). *Ospedale Maggiore*. — Due medici chirurgi ostetrici assistenti; età massima 30 anni; nomina biennale prorogabile; L. 1400 lorde di C.P. e L. 6 per ogni servizio di guardia notturna. Chiedere l'avviso. Scad. 31 luglio.

CRISSOLO (*Cuneo*). Condotta piena; L. 4000; alloggio. Scad. 7 agosto.

GAGGIO MONTANO (*Bologna*). — Al 30 luglio condotta; ab. 2500; L. 2400 pei poveri e L. 1000 per la generalità, lorde; L. 800 pel cavallo; assicuraz. Servizio entro 15 giorni dalla com. di nom.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Condotta medica, al 29 luglio; L. 3100. Vedi fasc. 26.

GALEATA (*Firenze*). Condotta pel capoluogo; tutta cura; L. 3700 e due sessenni su L. 3000 pei poveri, L. 600 di cav.; ritenuta di R. M.; assicuraz. Ab. 2636. Scad. 29 luglio.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie povere 38. Scad. 31 agosto.

IMOLA. *Congregazione di Carità*. — Assistente medico nell Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde con diritto all'alloggio nell'Istituto. Scad. 15 agosto.

LATISANA (*Udine*). — Medico 2° riparto; condotta libera; L. 3000 e 2 sessenni, L. 500 se l'eletto risiederà a Gorgo, L. 700 se risiederà a Pertegada, L. 800 per cavalc. Scadenza 31 luglio.

MALO (*Vicenza*). — Medico libero 1° reparto; L. 3000, tre sessenni; L. 500 per cavalc., alloggio. Scad. 31 luglio.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario cons. Vedi fasc. 28. Scad. ore 12 del 30 luglio.

*MONTELPARO (*Ascoli Piceno*). — Condotta piena; stipendio L. 3200 lorde, oltre L. 500 indennità cavalcatura, L. 250 per l'armadio farmaceutico e L. 100 se. U.S. Scad. 0 agosto.

MONZA (*Milano*). *Congregazione di Carità*. — Concorso per soli titoli a: Medico secondario aiuto nella sezione chirurgo-ostetrica; id. aiuto nella sezione di Medicina; id. assistente Stipendio degli aiuti, nette L. 1450; degli assistenti, nette L. 1200 oltre alloggio, riscaldamento ed illuminazione. Scad. 31 luglio.

ODERZO (*Treviso*). *Ospedale Civile*. — Medico assistente; L. 1200, vitto ed alloggio interno. Per supplenze ai medici condotti l'eletto potrà fare assegnamento su altre L. 630. Rivolgersi all'Amministrazione. Scad. 31 luglio.

PALERMO. *R. Istituto dei sordo-muti di Sicilia*. — Medico chirurgo: L. 300 Rivolgersi Presidenza deputazione dell'Istituto. Scad. 31 luglio.

PESCAGLIA (*Lucca*). — 3ª cond. residenziale; L. 2850 lorde. Ab. 2833 in sei fraz. e sparsi; incirca 53 fam. a cura gratuita. Scad. 31 luglio.

PISA *RR. Spedali riuniti di S. Chiara*. — Direttore generale; L. 7000 e tre sessenni; alloggio o indennità annua di L. 700. Laurea da non meno di dieci anni. Età massima 45 anni, salvo

pei direttori medici o sovrintendenti sanitari di altri ospedali. Titoli all'amministrazione non oltre le ore 16 del 31 luglio.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — 6ª condotta per 4 fraz.; L. 3200 pei poveri, circa 906 su 2818 abitanti; 3 sessenni; L. 600 per cav. Scad. 10 agosto.

POZZAGLIA SABINA (*Perugia*). — Condotto e U. S.; L. 4000 per la generalità, obbligo cav. per le sole gite periodiche alle 2 vicinissime frazioni. Scad. 25 luglio.

PRECENICCO (*Udine*). — Condotta; L. 4000 lorde e 2 sessenni; L. 300 se U.S. e L. 300 per cav. Scad. 5 agosto.

*ROCCAGORGA (*Roma*). — Condotta piena; L. 3700 lorde aument., L. 100 quale U. U. Scad. 26 luglio.

ROMA. *Ministero dell'interno. Direzione della Sanità pubblica*. — Due assistenti laureati in medicina e chirurgia presso il laboratorio di micrografia e batteriologia della Sanità pubblica; L. 3000. Scad. 31 luglio.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta piena 2° riparto; L. 3800 lorde, L. 200 quale U. S, obbl. cavalc., ab. 2100. Scad. 31 lug.

SAN VITTORE OLONA (*Milano*). — Medico chirurgo; L. 3500 nette e L. 100 quale U. S., per la generalità di abitanti 2504. Scad. 24 luglio.

TORRE D'ISOLA (*Pavia*). — Condotta per la generalità; L. 3800 lorde e 3 sessenni; ab. 1455. Scad. 26 luglio.

VENAROTTA (*Ascoli Piceno*). — 2ª cond. stipendio L. 3100 lorde compreso armadio farmaceutico. Scad. 25 luglio.

VEROLENGO (*Torino*). — Condotta di Torrazza; L. 3000 nette e 100 per arm. farm. Scad. 25 lug.

VIGEVANO (*Pavia*). — Secondo medico assistente residente e secondo chirurgo assistente residente presso l'ospedale; L. 1400 nette ciasc. Rivolgersi alla segreteria del Consiglio amministrativo.

VIGOLO (*Bergamo*). — Consorzio; L. 4600 e alloggio. Ab. 1700. Scad. 26 luglio.

* VIMERCATE (*Milano*). *Ospedale civile*. — Medico chirurgo assistente; L. 1800 ed alloggio in ospedale. Rivolgersi al direttore dell'ospedale dott. G. Banfi.

TRIESTE — Per l'azione antimalarica dell'anno 1913 nel Litorale viene aperto il concorso ad un posto di medico d'endemia per il distretto di Barbana (circondario di Pola) colla sede a Barbana. Onorario mensile 600 corone. Il servizio, il quale deve venir assunto immediatamente, dura sino alla fine d'ottobre dell'anno corr. Gli aspiranti presenteranno le loro suppliche corredate dei documenti richiesti alla Luogotenenza di Trieste, ove nel dipartimento sanitario, in via breve, si possono attingere più dettagliate informazioni.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Valfabbrica e Pozzaglia (Perugia), Cerva (Catanzaro), Vestignè e Borgomasino (Torino), Castelgomberto (Vicenza), Roccagorga (Roma), Ghions (Udine), Mandello Lario (Como).

La sezione di Chiavari dell'A. N. M. C. proclama e la Presidenza Centrale sanziona il boicottaggio del comune di S. Stefano d'Aveto.

La sezione di Camerino rammenta la diffida di Pieve Torina.

La sezione Lomellina mantiene la diffida al concorso di Tomello, nuovamente aperto.

Revoca di diffide: Cuzzago, Migrandone e Anzola (Novara), Mas e Brusson (Torino), Martignana Po e Spinadesco (Cremona), Canneto Pavese (Pavia).

Revoca di boicottaggi: Castagnaro (Verona).

Il Consiglio direttivo della Federazione fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica nella ordinaria riunione del 5 corrente esaminato l'avviso di concorso, bandito in data 28 giugno u. s. dal Comune di Bologna, per un posto di assistente del Laboratorio medico-micrografico; in considerazione delle indecorose condizioni d'organico inadeguate all'importanza ed alle esigenze del servizio - stipendio lire 2250 lorde, 7 ore di servizio, divieto di vincolare l'opera propria ad altri Enti, - all'unanimità proclamava, a tutela e difesa del decoro della classe, la diffida del concorso stesso fino a che l'Amministrazione non conceda più eque condizioni di stipendio.

Il Consiglio stesso, a tal fine, rivolge caldo appello alla solidarietà dei colleghi perchè, nell'interesse morale ed economico della classe, la diffida sia da tutti rispettata e l'interinato venga eventualmente assunto solo dietro la corrisposta di congrui onorari (diaria minima L. 10).

Il presidente: Prof. T. GUALDI.

Il segretario: Dott. GIOVANNI PALOMBA.

La Presidenza Centrale dell'A. N.M.C., su conforme proposta della sezione di Chiavari votata all'unanimità dall'assemblea dei soci, ha approvato il boicottaggio del Comune di S Stefano d'Aveto applicando per il servizio interinale la tariffa di L. 30 giornaliere per ogni zona.

L'Ufficio Direttivo della sezione invita perciò tutti i colleghi, soci e liberi esercenti, a non assumere alcun impegno con quel Comune nè a concorrere alle 2 condotte mediche attualmente prive di titolare, sino ad opportuno avviso, e avverte che per il servizio interinale ha stabilito che i contratti da pattuirsi col tramite della sezione debbano essere concordati alla tariffa suddetta di L. 30 quotidiane previa regolare deliberazione della Giunta Comunale vistata dalla regia sottoprefettura e per un periodo minimo di 3 mesi.

A proposito del concorso al posto di ufficiale sanitario del Consorzio di Gonzaga, Moglia e Pegognaga (prov. di Mantova) il dott. Augusto Rabitti di Montanara (Curtatone) ci prega di far osservare che esso, oltre ad inibire l'esercizio professionale non dà affidamento alcuno di stabilità, in quanto che se uno solo dei detti comuni si stanca o cambia parere, può ritirarsi dal Consorzio e il posto vien meno.

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e quelli di offerte o ricerche di interinati.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il 26 giugno si riunì in sessione plenaria il Consiglio superiore di sanità.

Intervennero quasi tutti i consiglieri; presiedeva il senatore prof. Todaro.

Le discussioni sui molti affari inscritti all'ordine del giorno si protrassero per 4 giorni.

***

Il direttore generale della sanità ha presentato nuovamente al Consiglio lo schema di regolamento di polizia zooiatrica, già lungamente discusso, ed approvato con alcune modificazioni nella sessione plenaria del dicembre u. s. Ricorda come allora il Consiglio dette alla Direzione di sanità ampio mandato di coordinare e semplificare il regolamento stesso, in quanto fosse ritenuto necessario.

In ossequio al mandato ricevuto, l'ufficio ha provveduto al coordinamento seguendo principalmente questi criteri:

1° passare alcune disposizioni puramente tecniche dal regolamento alle annesse istruzioni;

2° riunire in pochi articoli della parte generale tutte le disposizioni comuni alle varie malattie, mantenendo nella parte speciale soltanto quelle disposizioni che diversificano da malattia a malattia.

Si tratta quindi, di un semplice coordinamento, senza che alcuna delle norme già approvate dal Consiglio sia stata modificata.

Il Consiglio ha preso atto delle dichiarazioni del direttore generale della sanità, e ha approvato il testo comunicato.

***

Discusse, poi, la proposta del Ministero delle finanze, accolta dalla Direzione generale di sanità, di *includere* il *tannato di chinina sotto forma di cioccolatini, tra i preparati chinacei da vendersi al pubblico per conto dello Stato*.

Considerando che i recenti studi su questo sale hanno consentito di ottenerlo in condizione di maggior purezza e costanza di composizione, onde fu introdotto nell'ultima edizione della farmacopea;

Considerando che l'uso dei cioccolatini al tannato di chinina si è andato largamente diffondendo, per cui la preparazione e vendita da parte dello Stato farà si che sia messo in commercio il prodotto a minor prezzo, con vantaggio della cura e profilassi della malaria dei bambini; espresse il Consiglio superiore di sanità parere favorevole alla proposta.

***

In materia di *aumenti di stipendio ai medici condotti* deliberati d'ufficio dalle Giunte provinciali amministrative, respinse i ricorsi dei seguenti Comuni, mantenendo fermi, di conseguenza, gli aumenti accordati:

Vernole (Lecce) — Villorba (Treviso) — Oriolo (Cosenza) — Germignano (Teramo) — Ortelle (Lecce) — Campobasso — Agnone (Campobasso) — Ferla (Siracusa) — Fuscaldo (Cosenza) — Gagliano Castelferrato (Catania).

Dichiarò irrecivibile per tardività il ricorso del comune d'Isola del Gran Sasso (Teramo) e quello di Grottammare (Ascoli).

In materia di aumento di stipendio ad ufficiali sanitari, respinse i ricorsi del seguenti Comuni:

Casamassima (Bari) — Palazzolo Acreide (Siracusa) — Aragona (Girgenti), mantenendo, così, fermi gli aumenti di stipendio accordati.

In materia di aumento di stipendio ai veterinari condotti, respinse i ricorsi dei comuni di Scerni (Chieti) e Castignano (Ascoli), mantenendo fermi di conseguenza gli aumenti accordati.

Furono dichiarati, invece, inammissibili i ricorsi del dott. Caimi ufficiale sanitario di Coriano (Forlì) e dei medici condotti di Schiavi di Abruzzo (Chieti) relativi ad aumento di stipendio, mancando nei ricorrenti la veste a gravarsi contro le decisioni delle Giunte provinciali amministrative relative a tale materia.

***

Espresse parere per la reiezione dei ricorsi dei comuni di San Piero a Patti (Messina), Cortale (Catanzaro), Conflenti (Catanzaro), San Martino del Lago (Cremona), Raffadali (Girgenti), Fossalta di Piave e Musile (Venezia) contro il decreto del Prefetto che dichiarava la obbligatorietà del servizio veterinario a termini dell'art. 50 del testo unico delle leggi sanitarie, e di quelli dei comuni di Platì (Reggio Calabria); Luogosano, Sant'Angelo all'Esca, Taurasi e Fontanarosa (Avellino), Vailate (Cremona) e San Buono (Chieti), relativi a costituzione di consorzio veterinario.

Accolse, invece, il ricorso del comune di Vistranio (Torino) contro il decreto prefettizio che fissava la sede del consorzio veterinario di Vico Canavese ed Uniti.

***

Si pronunciò su quattro ricorsi relativi ad inscrizione alla *Cassa pensione dei medici*, dando parere perchè siano respinti quelli dell'Orfanotrofio di Salerno e dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania ed accolti quelli del dott. Pinto di Noci (Bari) e del comune di Stazzano (Alessandria).

***

In materia di applicazione della legge sugli *Ordini dei sanitari*, esaminò alcuni ricorsi di medici, e cioè:

Respinse il ricorso del dott. Hänel di Bordighera, contro la sua denegata inscrizione all'Albo, perchè non era inscritto nei ruoli della ricchezza mobile derivanti dall'esercizio professionale anteriormente al 10 luglio 1907.

Dichiarò irrecivibile perchè scritto su carta non legale il ricorso del farmacista Bonetti di Ascoli Satriano (Foggia) contro la decisione dell'assemblea generale dell'Ordine che gl'infliggeva la censura.

Respinse il ricorso del dott. De Andreis di Brescia contro le operazioni elettorali per la costituzione del Consiglio amministrativo dell'Ordine, ritenendo non perentorio il termine per l'arrivo delle schede alla presidenza, essendochè i quattro giorni prescritti dall'art. 15 del regolamento sono da intendersi come un consiglio per non aversi affollamento di schede nell'ultimo giorno, mancando una precisa disposizione che dichiari non valide le schede giunte dopo quel termine.

Respinse il ricorso dei farmacisti dell'Ospedale maggiore di Cremona contro la loro inscrizione all'Albo, perchè dipendenti da una Opera Pia che non è un ente tra quelli contemplati dall'art. 3 della legge sugli Ordini (Stato, Provincia e Comune).

Accolse, infine, il ricorso del dott. Testore di Galliate (Novara) contro la decisione dell'assemblea dell'Ordine dei medici che gl'infliggeva un provvedimento disciplinare, e ciò perchè il dott. Testore, accettando il posto di medico del « Consorzio privato » di Galliate non si rese colpevole di mancanze nell'esercizio professionale, e male furono applicate, nel caso speciale, le disposizioni degli articoli 8 della legge sugli Ordini dei sanitari e 36 del regolamento relativo, in rapporto agli articoli 48 e 53 del regolamento interno dell'Ordine dei medici di Novara, il quale ultimo regolamento, a questo riguardo, esorbita dai confini tracciati dalla legge e dal regolamento di Stato.

***

A proposito di una domanda del dott. Baroni di Poggio Renatico (Ferrara) veterinario pratico autorizzato con decreto prefettizio del 1894 il quale chiede di poter continuare nell'esercizio, il Consiglio, premesso che nulla di comune vi è tra l'autorizzazione prefettizia ed il diploma professionale, constatando che il Baroni non chiede di essere inscritto nell'albo, ciò che a nessun titolo potrebbe essergli consentito, ostando precise disposizioni di legge, riconoscendo come il decreto prefettizio costituisce un atto legale che autorizza il Baroni all'esercizio pratico della veterinaria, consente alla domanda del Baroni, di continuare nell'esercizio pratico.

***

Dette parere favorevole alla modificazione all'art. 41 del regolamento 12 agosto 1911, n. 1022 circa la *nomina dei rappresentanti degli Ordini al Consiglio superiore di sanità*.

Dalle disposizioni vigenti risulta che mentre la rinnovazione dei Consigli amministrativi degli Ordini deve farsi nel mese di gennaio di ogni biennio, l'elezione dei rappresentanti degli Ordini stessi al Consiglio superiore di sanità deve essere indetta nel mese di luglio dell'anno in cui ha luogo l'ordinaria rinnovazione dei Consigli amministrativi.

Da ciò consegue che in almeno sette mesi del primo anno di ogni biennio, mancherebbe nel Consiglio superiore di sanità la rappresentanza degli Ordini, in quanto mentre per il disposto dell'articolo 44 del regolamento la nomina degli attuali rappresentanti scade col 31 dicembre 1913 e correlativamente col 31 dicembre dei successivi bienni scadrebbe la nomina dei loro successori e non potrebbe convocarsi l'assemblea elettorale dei presidenti se non nel luglio successivo alle scadenze.

Il Consiglio accoglie, perciò, la proposta di portare al febbraio dell'anno in cui ha luogo l'ordinaria rinnovazione dei Consigli amministrativi, la elezione dei rappresentanti degli Ordini al Consiglio superiore di sanità, aggiungendo una disposizione la quale stabilisca che i rappresentanti scaduti resteranno in carica fino a che non siano stati sostituiti.

***

Respinse il ricorso del sig. Salerno di Lambrate (Milano) contro il decreto del Prefetto di Milano relativo all'apertura di una casa di salute per tubercolosi.

***

Non accolse la domanda dei signori Darasse Frères di Parigi per introduzione nel Regno dei « Dragées Seranti » preparati a base di siero antidifterico, e la domanda dell'Istituto antirabbico di Sassari di poter spedire il siero ed il vaccino antirabbico per la cura a domicilio dei morsicati da cani rabbiosi.

***

Dette parere favorevole alle domande di concessione di opere di bonifica per le zone di Ongaro Inferiore, della Campagna Vicana, della bonifica Polesana e del Consorzio ferrarese, espri-

mendo parere che debba far carico allo Stato la spesa della copertura dei torrenti di Modica, come conseguenza necessaria dal lato igienico, della sistemazione idraulica dei torrenti medesimi.

***

Dette parere favorevole al nuovo testo del regolamento per l'esercizio della ostetricia da parte delle levatrici, facendo voti perchè siano presto compilate anche le nuove istruzioni al riguardo, e perchè sia meglio sistemato il servizio ostetrico nei Comuni, migliorando ove occorra, tenendo conto delle condizioni finanziarie dei Comuni, il trattamento economico delle levatrici condotte.

***

Dette parere favorevole a che venga tolto dalla tabella *B* del regolamento per l'applicazione della legge sul lavoro delle donne minorenni e dei fanciulli, il divieto d'impiego delle donne minorenni e dei fanciulli nei lavori di arrotatura e levigatura del vetro, purchè non si abbia la diffusione di polvere di vetro, ed abbiano le mani protette contro il pericolo di rottura degli oggetti che si lavorano.

***

Dette inoltre pareri su vari ricorsi avanzati da sanitari contro misure disciplinari loro inflitte; su questioni relative a consorzi sanitari; su numerose domande di privative industriali; sulla dichiarazione di zona malarica nei comuni di Agnana e Canolo in provincia di Reggio Calabria e approvò parecchi regolamenti speciali sui manicomi.

MEDICINA SOCIALE

IV Congresso dei direttori sanitari d'ospedale.

Bergamo, 16-19 giugno.

Seduta del lunedì 16 giugno, mattino.

Dott. **Casati** legge in assenza dell'A. la comunicazione del prof. **Baldassari:** *Della necessità che sieno accordati prestiti di favore per le costruzioni o l'ampliamento degli ospedali.* — In seguito alla lettura viene approvato il seguente ordine del giorno: « Il IV Congresso dei direttori d'ospedale considerato essere necessario ed urgente fornire i mezzi indispensabili perchè l'assistenza ospedaliera sia resa più larga ed efficace, fa voti affinchè con opportuni provvedimenti sia facilitato alle Amministrazioni di ottenere prestiti rilevanti a condizioni di favore allo scopo di migliorare i loro ospedali, ampliarli, costruirne dei nuovi ».

Lo stesso dott. **Casati** legge successivamente: *Ammissione d'urgenza dei malati in ospedale con ordinanza dei sindaci e rifusione delle ospedalità relative*, dello stesso A.

Dopo una interessante discussione a cui partecipano Ligorio, Campani, Orlandi, Betti, Varanini, Bassi, Fabbri, Pensa, Zambianchi, Gherardi; il Casati propone il seguente ordine del giorno che viene approvato:

« Il IV Congresso dei direttori d'ospedale, richiamando i precedenti voti approvati nei precedenti Congressi sulla necessità che il domicilio di soccorso si acquisti dopo due anni e non cinque di permanenza ininterrotta in un comune e sulla equità che le spese di ospedalità per le malattie trasmissibili vengano divise fra il comune cui spetta il domicilio di soccorso e quello di residenza, fa voti che le spese di spedalità per i malati accolti con ordinanza del sindaco debbano essere, nei casi di contestazione, accollate al comune da cui proviene l'ordinanza ».

Lunedì 16 giugno, seduta pomeridiana.

Dott. **Betti** riferisce sul tema: *La trasformazione e il concentramento delle opere pie e degli istituti ad esse equiparati in rapporto coi cresciuti bisogni della assistenza ospedaliera ed ai mezzi per provvedervi.* — Prendono parte alla discussione Bassi, Arienti, Varanini, Orlandi, Campani, Casati, Ligorio; viene in seguito, approvato il seguente ordine del giorno:

« Nella attesa che apposite leggi provvedano agli ospedali i mezzi finanziari per una loro efficace opera in pro del malato povero, il IV Congresso dei direttori sanitari degli ospedali fa voti:

« 1° Che l'erogazione delle rendite derivanti dalla riforma delle Opere Pie e degli Istituti ad esse equiparati, oltre che ai fini indicati dall'articolo 55 della legge sia rivolta alla più importante e più bisognosa forma di beneficenza e di assistenza che è rappresentata dagli ospedali.

« 2° Che avendo la esperienza dimostrato a sufficienza che l'effetto sospensivo attribuito dall'articolo 81 ai ricorsi diretti contro la riforma delle Opere Pie e degli Istituti equiparati, ritarda il raggiungimento del voluto scopo per lunghi anni, durante i quali si è continuato e si continua l'erogazione delle rendite ai fini diversi da quelli indicati nei decreti di riforma, si disponga che il patrimonio dell'ente riformato sia sottoposto a sequestro provvisorio.

« 3° Che siano emanati senza ulteriore indugio quei provvedimenti legislativi sul servizio degli ospedali e delle spese di spedalità, di cui all'articolo 97 della legge e sia contemporaneamente riformato l'istituto del domicilio di soccorso, restringendo il requisito della dimora a non più di due anni.

« 4° Che sia garantito agli ospedali il rimborso per parte dei comuni delle spedalità liquidate loro spettanti ».

Campani legge la sua comunicazione: *Sulla opportunità di unificare e coordinare l'assistenza ospedaliera a quella domiciliare.* — A seguito della quale viene presentato il seguente ordine del giorno concordato dal Campani, Casati e Bassi.

« Attendendo che l'assicurazione generale sulle malattie permetta un totale riordinamento di tutto il servizio sanitario italiano fa voti che nei centri ove sarà possibile l'assistenza dei malati poveri all'esterno si coordini sotto una unica direzione nell'interesse del malato colla assistenza ospedaliera, in maniera che le due modalità di assistenza si aiutino e si integrino ».

Rispondendo al telegramma dell'on. Ferrero di Cambiano, presidente del Comitato permanente di propaganda per l'assicurazione obbligatoria contro la malattia, a proposta di Varanini viene approvato il seguente ordine del giorno:

« Il IV Congresso dei direttori d'ospedale informato della costituzione del Comitato permanente di propaganda per l'assicurazione obbligatoria contro la malattia manda ad esso la sua adesione e ricordando come tale auspicatissima riforma, unico sollievo possibile dei bilanci ospedalieri e cardine di tutte le altre riforme ripetutamente invano richieste e dimostrate necessarie, abbia formato sempre l'oggetto di ordini del giorno e voti dei Congressi precedenti, crede di rinnovare oggi il voto che anche in Italia venga finalmente attuata per disposizione di legge tale obbligatorietà di assicurazione contro la malattia ».

Martedì 17 giugno, seduta antimeridiana.

Il dott. **Ligorio** riferisce sul tema: *Capitolato e posizione del direttore nei grandi ospedali*, e **Pugliesi** presenta una sua comunicazione: *della funzione dell'economo negli istituti ospedalieri.* — La discussione sopra questi due temi importantissimi è larga ed esauriente, vi partecipano quasi tutti i convenuti; da ultimo la presidenza propone che una Commissione composta dai relatori con Orlandi, Antonelli e Griffini concordino gli ordini del giorno da presentarsi nella seduta del pomeriggio.

Zambianchi legge la comunicazione: *Sulla opportunità di assicurare il personale ospedaliero* e propone alla approvazione il seguente ordine del giorno:

« Il IV Congresso dei direttori d'ospedale fa voti:

« 1° perchè anche per il personale sanitario ospedaliero venga riconosciuta la necessità della assicurazione contro la malattia o almeno contro gli infortuni, provenutigli dall'esercizio della sua professione;

« 2° perchè la spesa per tale assicurazione sia assunta in totalità o in massima parte dalle Amministrazioni ospedaliere, alle quali la nostra Associazione invierà speciale invito al riguardo;

« 3° perchè sia fatta, a mezzo della Associazione dei direttori o anche, se è possibile, in unione della Società dei medici ospedalieri, domanda al Governo onde esso, parificando il lavoro dell'operaio ospedaliero a quello di tutti gli altri operai estenda la obbligatorietà di tale assicurazione anche in favore del personale sanitario ospedaliero ».

Martedì 17, seduta pomeridiana.

Ligorio legge l'ordine del giorno concordato coi colleghi a proposito della sua relazione letta nel mattino:

« Il IV Congresso dei medici direttori d'ospedale riferendosi ai voti del precedente Congresso ed a quelli di tutta la classe sanitaria ospedaliera, riafferma la necessità che una provvida legge faccia obbligo a tutti gli ospedali di avere un medico direttore con una posizione giuridica ben definita ed indipendente e che il medico direttore sia investito della suprema autorità sull'andamento tecnico e amministrativo interno dell'azienda ospedaliera a somiglianza di quanto in pratica ha egregiamente risposto nell'ordinamento dei manicomi ».

E **Pugliesi** presenta il seguente ordine del giorno.

« Il IV Congresso dei direttori d'ospedale afferma il principio che negli ospedali e istituti di carattere ospedaliero l'economato deve essere un ufficio dipendente dalla direzione medica, destinato all'esecuzione delle spese e al materiale funzionamento dei servizi di interna economia: che al medico direttore soltanto spetta la competenza e la responsabilità in tutti i rami dell'azienda tecnica ospedaliera e la superiorità disciplinare in tutti i servizi ».

Vengono entrambi approvati dall'assemblea.

Pelicelli riferisce sul tema: *Capitolato modello per la direzione degli ospedali minori* sul quale si apre una lunga disscussione. La presidenza incarica oltre al relatore i dottori Bassi, Fabbri, Capelli e Domenichini di studiare il progetto presentato dal Pellicelli e di riferire per la seduta di giovedì.

Orlandi propone per un altro Congresso la presentazione di un *capitolato modello per i grandi ospedali* e la presidenza accetta, effidando l'incarico all'Orlandi, Pugliesi, Ligorio e Betti.

Orlandi presenta la sua comunicazione *Sul concorso dello Stato nella profilassi delle malattie celtiche*, e viene approvato il seguente ordine del giorno:

«Il IV Congresso dei direttori d'ospedali di fronte alle restrizioni che vengono imposte nei riguardi del contributo dello Stato nella profilassi delle malattie celtiche e precisamente alla tendenza di escludere dal carico dell'Erario le forme di vulvovaginite blenorragiche nelle bambine, le congiuntivite blenorragiche, le gomme sifilitiche contagiose in atto allorquando hanno sede extragenitale o fuori della bocca;

Considerando che tali provvedimenti sono in palese contraddizione collo spirito delle leggi emanate in proposito; che oltre ad inconvenienti nel campo della igiene da tali restrizioni saranno da attendersi non poche contestazioni di ospedalità per parte dei Comuni con danno indubbio delle Amministrazioni ospedaliere;

Fa appello al Consiglio superiore di sanità perchè in ordine alla profilassi delle malattie venereo-sifilitiche reintegri l'applicazione rigorosa dei concetti che hanno ispirati i provvedimenti di legge contro la diffusione delle malattie celtiche impedendo restrizioni assurde sul concorso dello Stato, tanto per il ricovero di tali malati nelle speciali divisioni spedaliere quanto per il mantenimento a carico dello Stato, e fa voto che le Ammistrazioni spedaliere non assumano di esercitare le sale celtiche in base a convenzioni contenenti principî contrari allo spirito profilattico della legge».

Mercoledì 18, seduta del mattino.

Guicciardi riferisce sul tema: *La donna nella assistenza immediata ospedaliera*, che ha larga discussione per opera di quasi tutti i congressisti, e d'accordo coi colleghi Ligorio e Betti presenta il seguente ordine del giorno che è approvato.

«Il IV Congresso dei direttori d'ospedali ritiene:

1° Che la donna nell'assistenza immediata ospedaliera sia da preferirsi all'uomo

2° Che sia da preferirsi per ragioni di miglior servizio la donna agli uomini anche nei reparti maschili disponendo opportunamente che in determinati reparti esse siano coadiuvate nei servizi più pesanti ed in quelli più intimi da uno o più uomini di fatica.

3° Che sia necessario promuovere ed incoraggiare l'istruzione professionale femminile nelle apposite scuole di magistero onde elevare la professione delle infermiere, dando opera affinchè intanto in tutti gli ospedali una o più delle addette all'assistenza immediata sia munita di diploma delle scuole ufficiali perchè possano successivamente impartire al personale del rispettivo istituto l'istruzione ricevuta e per dar pronta attuazione a tale concetto, fa voto che le Amministrazioni ospedaliere inviino a loro spese qualcuno del personale femminile a compiere gli opportuni corsi teorico-pratici nelle scuole di magistero professionale già istituite.

4° Che sia preferibile avere infermiere nubili o vedove senza prole e di tenerle internate con vitto, alloggio e vestito di servizio somministrati dalla Amministrazione.

5° Che il personale femminile d'immediata assistenza a qualunque ambiente appartenga è ora tecnicamente deficente, che solo quando un più adatto reclutamento, una istruzione professionale fornita secondo i metodi e nelle misure proposte dal presente Congresso, ed un proporzionale aumento di retribuzione avranno migliorate le condizioni morali, materiali e tecniche delle infermiere, sarà possibile alle Amministrazioni ospedaliere di far liberamente la scelta fra il personale laico e religioso conforme i propri convincimenti e nell'interesse vero del servizio, poichè per ora le Comunità religiose forniscono ancora l'elemento meno imperfetto che si possa reclutare in Italia.

6° Fa voti intanto che alle infermiere prima di essere reclutate ed alle religiose prima di essere inviate agli ospedali venga fornita una istruzione teorico-pratica conveniente presso scuole ed istituti a ciò abilitati».

Giovedì 19, seduta del mattino.

Giorgi a nome anche dei colleghi Grassi e Finizio riferisce sul tema: *Sull'urgenza di una legislazione sugli esposti ed infanzia abbandonata e sulla posizione dei medici direttori dei brefotrofi.* — In seguito alla quale si approva il seguente ordine del giorno:

«Il IV Congresso dei direttori d'ospedali esprime il voto:

1° Che il Governo non tardi più oltre a presentare alla Camera dei deputati il progetto di legge Giolitti già approvato del Senato sulla assistenza agli esposti e all'infanzia abbandonata, fidando che durante la discussione della medesima venga riconfermato il proposito già espresso da banco del Governo di affrontare risolutamente la questione del diritto alla ricerca della paternità, pur limitata nei suoi effetti, al concorso del padre al mantenimento del figlio fino almeno al 14° anno di età.

2° Che nella legge, capo 2°, articolo 3, sia tolta la premessa restrittiva «per quanto è possibile» alla facoltà attribuita alle Amministrazioni di fare indagini per stabilire chi sia la madre del fanciullo. E ciò allo scopo di impedire che figli legittimi siano ancora fatti entrare come illegittimi nei brefetrofi non diversamente da ciò che accadeva ai tempi della Ruota.

3° Che sia mantenuto, contro un'eventuale proposta di emendamento in senso contrario, l'ob-

bligo tassativo di cui all'articolo 1 comma 4 e cioè che la direzione dei brefetrofi con tutte le responsabilità che ne derivano sia affidata a un medico di provata competenza pediatrica, il quale oltre essere a capo del servizio sanitario, sovraintenda anche a quello dell'assistenza interna ed esterna degli esposti ».

Pelicelli presenta anche a nome dei colleghi a ciò incaricati a proposito del capitolato degli ospedali minori il seguente ordine del giorno che viene approvato:

« Il IV Congresso dei direttori d'ospedali, mentre riafferma la profonda disorganizzazione in cui si trova la maggior parte degli ospedali minori, con grave danno della assistenza ospedaliera, fa voti che tutte le Amministrazioni di essi, quale primo concorso al loro uniforme ordinamento, abbiamo ad adottare lo schema di capitolato approvato in questo Congresso e richiamandosi ai suoi precedenti deliberati, esprime pure il voto che alla vita economica e scientifica ed a tutela della salute degli infermi, si provveda colla concentrazione di tutti quei piccoli istituti che di ospedale hanno soltanto il nome, vivendo di vita stentata e misera finanziariamente e tecnicamente, invocando a tal fine anche il concorso della competente autorità ».

De Franceschi brevemente presenta due sue comunicazioni: *della utiltià di consorzi sanitari facenti capo ad ospedali nella lotta contro le malattie infettive, e: della ospedalizzazione dei malati di tubercolosi ossea.*

Da ultimo **Varanini** riferisce sulle *Scuole per il personale d'assistenza immediata* e presenta il seguente ordine del giorno che viene approvato:

« Richiamati i precedenti voti riguardanti l'assistenza femminile negli ospedali, ritenuta la sola veramente possibile; ricordato il voto che tale personale sia convenientemente preparato dal punto di vista tecnico alla missione eminentemente sanitaria che deve compiere;

Fa voto che, come per lelevatrici, provveda lo Stato a istituire delle scuole, che presentino le volute garanzie al funzionamento e alla preparazione delle infermiere, in quei luoghi dove tali garanzie siano per dare completo affidamento della riuscita.

Gli insegnamenti dovranno svolgersi secondo programmi teorico-pratici di cui il Congresso si riserva di presentare anche uno schema.

Le scuole private dovranno offrire uguali garanzie delle governative e uniformarsi al detto programma; le allieve dovranno dare l'esame di abilitazione nelle scuole governative ».

Si chiude il Congresso alle ore 12.20.

VARANINI.

NOTIZIE DIVERSE

La salute di Augusto Murri.

Apprendiamo con dolore che una grave malattia ha colpito il prof. Augusto Murri, il quale è stato ricoverato nella clinica chirurgica privata del prof. Schiassi.

È accorso da Genova presso l'illustre infermo il sen. Novaro.

Al Maestro insigne, la famiglia medica italiana che tanto gli deve, invia i più fervidi voti di guarigione.

Per Enrico Morselli.

Ricorre il 33° anniversario dell'insegnamento universitario impartito dal geniale antropologo e psichiatra, il quale ha avuto tanta parte nel rinnovare il pensiero scientifico e filosofico in Italia.

I « Quaderni di Psichiatria », diretti da M. U. Masini, hanno voluto in tale occasione rendere un omaggio al grande italiano, consacrandogli un numero speciale.

Il XI Congresso nazionale dei medici condotti.

Il Consiglio di presidenza dell'A. N. M. C. ha deliberato che il Congresso nazionale, la cui sede fu già stabilita a Parma, abbia luogo nei giorni 25-28 settembre.

Per gli ospedali di Torino.

La Cassa di risparmio di Torino ha deliberato di concorrere con lire 200 000 alla costruzione di un nuovo ospedale per tubercolotici e con lire 50,000 a quella di un nuovo ospedale infantile, Con queste somme e con quelle già erogate, la Cassa di risparmio ha elargito quattro milioni di lire per la soluzione del problema ospedaliero cittadino.

Donazioni e lasciti di beneficenza.

Il noto e attivissimo industriale comm. Borsalino Teresio di Alessandria, il quale già fece dono di un milione per la cura dei tubercolotici della città, ha ora dichiarato di voler elargire una somma complementare, che dalla Commissione cittadina per lo studio della lotta contro la tubercolosi è dichiarata indispensabile onde poter ricoverare tutti i curabili nei sanatori di Ornago e Pracomaso e tutti gli avanzati in un padiglione da erigersi — sentito il parere dell'ufficiale sanitario dott. Marocco e del medico provinciale dottor Mantese — nel terreno dell'ospedale.

Si presume che occorreranno altre 200,000 lire; il munifico industriale è pronto a versarle.

Il dott. Luigi dal Fiume, spentosi a Mantova, ove per oltre un ventennio aveva coperto la carica di medico igienista municipale, ha lasciato per testamento circa 30,000 lire a favore delle Congregazioni di carità di Mantova e di Lendinara.

Propaganda igienica.

La Sezione Vicentina dell'A. N. M. C., d'accordo con il Comitato per la lotta contro l'alcoolismo, ha diramato una circolare per invitare i colleghi a tenere conferenze su questo tema. Parecchi medici hanno risposto accogliendo l'invito.

Il dott. Giuseppe de Pieri ha tenuto parecchie conferenze su argomenti d'igiene presso la Scuola libera popolare di Lonigo.

Il dott. Enrico Pascosi ha recentemente tenuto una conferenza sull' «igiene del mangiare» presso la Scuola libera popolare di Cornedo.

Il dott. Giacomo Borin ha tenuto a Montegaldella un corso di lezioni pubbliche sui « soccorsi d'urgenza ».

Il dott. Girolamo Lelmo ne tenne parecchie a Monticello Conte Otto, su argomenti vari.

Il dott. Tedoldi Amilcare di Pieve S. Giacomo, della Sezione di Cremona dell'A. N. M. C., ha tenuto dal 9 maggio al 13 giugno un ciclo di dieci conferenze d'igiene al corpo insegnante del proprio Comune, nonchè agli alunni della 3ª e 4ª elementare. L'uditorio fu sempre numeroso, paziente ed attento. Tanto che può essere giustificata la speranza che il seme gettato sarà per fruttare qualche pratica utilità.

Nel giornalismo medico.

Un gruppo di membri della Società Italiana di Biochimica ha assunto il periodico « Biochimica e Terapia Sperimentale » col compito di provvedere al suo andamento scientifico e finanziario.

Il periodico, pur seguitando nella direttiva assunta, introdurrà nuovi e continui perfezionamenti, in modo da venire a rappresentare il centro più autorevole, più fresco e più agitatore dell'attività biochimica italiana.

Il periodico resta mensile e sarà ripartito in una sezione originale e in una di riviste.

Per il centenario di Bartolomeo Eustacchi.

In onore a Bartolomeo Eustacchi, dal 6 al 25 settembre Sanseverino nelle Marche annuncia un Congresso regionale medico, l'inaugurazione di un ricordo marmoreo nel civico Ospedale e vari festeggiamenti. La commemorazione solenne sarà fatta allo scoprimento della lapide.

Onoranze a colleghi.

La Società di M. S. di Cinisello (Pavia) nel festeggiare il XX anno di sua fondazione, ha offerto una medaglia d'oro di benemerenza al dottor Arturo Corbellini, medico condotto di quel Comune.

Esercizio illegale della medicina.

Il Tribunale di Roma ha condannato il barbiere Pietro Santandrea a cinquecento lire di multa per esercizio illegale della medicina.

Esercizio illegale dell'odontoiatria.

È stato arrestato a Roma il signor Leone Bettmann. Il mandato di cattura, emesso dal giudice istruttore di Macerata, portava le seguenti indicazioni: truffe, usurpazione di titolo accademico ed esercizio abusivo di odontoiatria e medicina.

Il Bettman appartiene a distinta famiglia di dentisti stabilita a Roma.

Dimostrazione contro un medico.

Il dott. Pitassi, medico condotto ad Ortona dei Marsi, fatto oggetto ad una dimostrazione ostile perchè si assentava spesso dal paese, si asserragliò in casa e sparò contro la folla sette revolverate. Venne arrestato e tradotto a Pescina.

La Serbia non ha più bisogno di medici.

La Legazione di Serbia a Roma informa i medici-chirurgi che si erano offerti di recarsi in Serbia di aver avuto comunicazioni dal proprio Governo che gli ospedali serbi sono ormai provvisti del personale medico necessario e che per conseguenza le offerte di servizio non possono più essere pel momento accettate.

Viaggio a Londra.

Sotto gli auspici dell'Ordine dei medici di Milano, la Ditta Cook e Figlio propone un viaggio per Parigi e Londra in occasione del Congresso internazionale di medicina che si terrà a Londra dal 6 al 12 agosto p. v.

Prezzo: lire 295, vincolato ad un minimo di dieci persone, e lire 265 se le adesioni superano il numero di trenta; compresi alloggio, pasti, guide, carrozze o automobili, ingresso ai luoghi visitati, mancia e servizio di un conduttore. Per chi omette la fermata a Parigi e si ricongiunge con la comitiva a Londra, i prezzi si riducono rispettivamente a lire 220 ed a 190.

Rivolgersi alla Ditta Cook e Figlio, via Manzoni, 7; ovvero all'Ordine, via S. Paolo, 10.

Carrel a Parigi.

Il 16 giugno il dottor Carrel descrisse all'Hôpital Broca i suoi esperimenti sugl'innesti ed i trapianti d'organi. Fu molto applaudito.

Il 21 giugno si tenne, organizzata dalla stampa medica, una riunione in di lui onore.

Il prof. Landouzy, decano della facoltà medica di Parigi, parlò a nome del Comitato francese della stampa medica. Poi il prof. Poncet, della Facoltà medica di Lione, portò il saluto di questa città al celebre e beneamato figlio.

Rispose il dottor Carrel dichiarandosi riconoscente e intrattenendosi su alcune delle sue ultime ricerche.

Le malattie professionali in Francia.

È stato presentato alla Camera dei deputeti della Francia un progetto di legge per assimilare agli infortuni sul lavoro le malattie professionali da intossicazione mercuriale e saturnina.

Intossicazioni alimentari.

All'ospedale di S. Maria Nuova di Firenze otto infermiere hanno manifestato sintomi gravi di avvelenamento, determinati da carne preparata in una teglia di rame stagnata. Le otto pazienti sono state ricoverate nelle sale di deposito. E' stata aperta un'inchiesta.

La classe medica romana perde nel prof. commendator **Francesco Egidi,** libero docente di laringologia, un professionista e studioso di valore, il quale seppe meritare le generali simpatie per il carattere nobile e buono e per l'operosità. Ha spiegato molta parte della propria attività nel divulgare la pratica dell'intubazione laringea.

R.

A Napoli ha posto fine ai suoi giorni, perchè afflitto da malattia incurabile, il prof. **Domenico Lo Bello**, apprezzato libero docente di anatomia descrittiva e distinto chirurgo.

Rassegna della stampa medica.

Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 apr. BURNAND. « Sul pneumotorace artificiale ».

Medic. Record, 19 apr. JACOBY. « Il metodo Montessori dal punto di vista medico ». — BARIGHT. « Classificazione dei disordini renali ».

The Journal A. M. A., 19 apr. « HASTINGS. « Fissazioni del complemento in varie affezioni articolari infettive croniche ». — LYONS. « L'idroclorato di emetina nella dissenteria amebica ». — ASHBURN. « I rapporti tra vaiolo e vaccino ». — DETWILER. « I parassiti della sifilide recentemente descritti ».

Riv. Osped. (sez. prof.), apr. DEVOTO. « Le assicurazioni obbligatorie contro le malattie e gli ospedali italiani ».

La Stomatol., 18 apr. CASTELLANI. « Lo sviluppo della circolazione sanguigna nei denti transitori dell'uomo ».

La Prov. Méd.. 19 apr. CRESPIN. « Aortite addominale e insufficienza surrenale ».

Münch. Med. Woch., 22 apr. SEITZ. « L'irritabilità nerveo-muscolare nella gravidanza ». — VOGEL. « L'astenia generale del connettivo e suoi rapporti con la guarigione delle ferite e la produzione di cicatrici ». — FINSTERER. « I raggi X nel cancro inoperabile dello stomaco ».

La Trib. Méd., apr. MEILLERÈ. « Le intossicazioni saturnine d'origine domestica ».

Gazz. d. Osp., 22 apr. FANCIULLI-PISANO. « Suppurazioni profonde del collo ».

La Sem. Méd., 25 apr. CHEINISSE. « La frenocardia ».

Deut Med. Woch., 24 apr. TREUPEL. « La gangrena polmonare e sua cura ». — ALLARD. « La cymarina, nuovo cardiocinetico ». — ARNETH. « Azione del thorium X sulle cellule del sangue ».

Zbl. f. inn. Med., 26 apr. ROTH. « Sull'avvelenamento da nitrobenzolo ». — LANG. « Sulla presenza di bastoncini, acido-resistenti nel sangue ».

Zbl. f. Chir., 26 apr. BRUNN. « Sulle fratture dello sterno ».

The Boston M. a. S. Journal, 24 apr. LEEN. « La trichinosi ».

La Med. Sociale, 25 apr. MUCCI. « I fattori biologici della nostra decadenza ».

La Rif. Med., 26 apr. CECONI. « La malattia di Mikulicz nei suoi rapporti con la leucemia e con la pseudoleucemia ». — CUTURI. « Sui trapianti delle vene nell'uretra ». — SALVETTI. « Cloroformio o etere? ». — GARMAGNANO. « La iniezione endovenosa di ergotina e di morfina nelle emottisi tubercolari ».

Journ. d. Prat., 26 apr. SALZES, AUDET. « La pretesa immunità dei musulmani dell'Africa del Nord di fronte alla febbre tifoide ».

Le Bull. Méd., 26 apr. LEGUEU. « Le energie fisiche e intellettuali dopo la prostatectomia ».

The Journal A. M. A., 26 apr. JACKSON. « L'appendicite retrocecale ». — BLACK. « La vaccinazione profilattica contro la meningite epidemica ».

Paris Méd., 25 apr. CARNOT, DUMONT. « Neurotropismo sifilitico familiare (paralisi generale, tabe, emiplegia) ». — CALOT, PRIVAT. « Il metodo Abbott nel trattamento delle scoliosi antiche ».

Le Progrès Méd., 26 apr. LOEPER, MOUGEOT. « Il riflesso oculo-cardiaco nella diagnosi delle nevrosi gastriche ».

Riv. crit. di Clin. Med., 26 apr. POGGIO. « Sintomi clinici da lesione cerebellare e dati sperimentali ».

The Lancet, 26 apr. BROUGHTON-ALCOCK. « I vaccini batterici vivi ». — TROTTER. « La cura operativa del cancro boccale e faringeo ».

Brit. Med. Journ., 26 apr. GIBBONS. « Etiologia e trattamento dell'eclampsia puerperale ».

Mediz. Klinik, 27 apr. BLAU. « Natura e trattamento della dismenorrea ».

Pensiero Med., 27 apr. PERRONCITO. « A proposito degli studi sulla epidemia del Gottardo ».

Berl. Klin. Woch., 28 apr. FRAENKEL. « Sulla cura dell'arteriosclerosi ». — STERN. « Diplomellituria ».

Arch. It. di Ginec., 30 apr. CHIDICHIMO. « Il chinino nell'infezione malarica complicante la gravidanza ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 27 luglio 1913* Fasc. 30

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

La costante uremica di Ambard o il coefficiente ureo-secretorio per la valutazione della funzionalità renale

per il dott. prof. A. L. BONANOME
lib. doc. di patol. chir. nella R. Univers. di Roma,
direttore delle Consultazioni gratuite per le malattie delle vie urinarie.

Basta percorrere la letteratura specialmente di questi ultimi anni per rendersi conto della mole di lavori diretti allo scopo di risolvere uno dei più gravi ed importanti problemi urologici, cioè, la valutazione della funzionalità renale.

L'importanza dell'argomento non ha bisogno di speciali chiarimenti. Il lavoro renale utile, agli effetti, cioè, di sbarazzare l'organismo di tutti i prodotti di rifiuto della vita cellulare non può, allo stato attuale delle cognizioni, essere risolto, sia pure con il più accurato esame delle urine: esso potrà darci un criterio approssimativo sul lavoro renale in relazione ad un quantitativo medio ottenuto da soggetti sui quali tutte le presunzioni sono per una perfetta integrità anatomica e funzionale dei reni; ma nel caso in ispecie interessa sapere se il rene o i reni godono di quella data ampiezza o *elasticità* funzionale da essere sufficienti ai bisogni dell'organismo in esame, vale a dire, se in esso esiste o no una ritenzione di materiali tossici.

Le albuminurie lievi persistenti o intermittenti, le albuminurie gravi persistenti con apparente o reale benessere quale prognosi comportano? Quante volte, pur non riscontrandosi nelle urine prodotti patologici, si è oggi messo in evidenza un profondo turbamento della funzione renale? Come si comporta il rene nelle persone di età avanzata e negli arterio-sclerotici? Nel decidere in merito ad un intervento chirurgico in genere non siamo noi preoccupati dalle possibili latenti lesioni dei reni del soggetto? Chi oggi mette più in dubbio la ripercussione sul rene in casi di restringimenti uretrali, di calcolosi vescicale, di ipertrofia prostatica, di pieliti ed uretero-pieliti? Quale lo stato funzionale del rene opposto a quello riconosciuto malato?

Mettere in evidenza le lesioni renali latenti, apprezzare nel giusto valore quelle conclamate, trarre dati sicuri sul comportamento dell'altro rene nelle lesioni unilaterali, è questo l'arduo compito che il metodo per lo studio della funzione renale deve espletare.

Da vari mesi abbiamo, insieme al dott. Raimoldi, applicato largamente, nel nostro *Ambu-*

latorio per le malattie delle vie urinarie e nella pratica privata, il metodo di Ambard da noi appreso al Necker nel giugno del 1912.

Possediamo così un numero non indifferente di *costanti* le quali saranno fra non molto oggetto di pubblicazione da uno di noi e messe in raffronto con tutti gli altri metodi molto conosciuti per la diagnosi funzionale dei reni.

Per ora ci limitiamo a diffondere la conoscenza del metodo, a riportare alcune tabelle di *costanti* e ad esprimere qualche apprezzamento critico.

Dopo che Widal, Paisseau, Javal misero in rilievo l'importanza della determinazione dell'azotemia, il Grehant cercò di trarre vantaggio dal rapporto del quantitativo d'urea di un egual volume di sangue e di urina per avere un indice sul grado dell'attività ureica del rene, ma i risultati furono tali da togliere ogni valore al metodo. Ambard nel 1910 comunicò i suoi risultati sul rapporto del tasso dell'urea nel sangue con quello eliminato nell'urina formulando delle leggi sull'escrezione ureica le quali costituiscono la base del suo metodo.

Con la sola determinazione dell'urea nel sangue si possono avere dei dati importanti sulla funzione renale, ma il metodo per molti casi è fallace. Secondo Widal e Javal il quantitativo d'urea per litro nel sangue varia da gr. 0.15 a gr. 0.50; una cifra superiore indica ritenzione azotata e quindi insufficienza renale.

Ora, che nei casi in cui l'urea oscilli tra 1 e 2 gr. per litro possa concludersi per una insufficienza dei reni non pare ci sia dubbio ma nei casi con azotemia tra 0.50 e 1 gr. affermare l'impermeabilità renale sarebbe un errore poichè altre condizioni, fra le quali la alimentazione principalmente, possono concorrere ad alterarne la cifra.

A questa maggiore produzione di urea potrà fare riscontro una maggiore eliminazione in modo che alcun turbamento rimane escluso.

Successivamente Widal aggiunse al dosaggio semplice dell'urea del sangue quello degli albuminoidi ingeriti; ma ciò, come giustamente osserva Chevassu, non è sufficiente poichè una parte dell'urea del sangue deriva dalla disassimilazione dei tessuti.

Ambard è tornato allo studio per via diretta della funzione ureica del rene dopo una serie di esperimenti sugli animali e sull'uomo ed ha potuto così stabilire i rapporti esistenti fra la quantità di urea che usciva al rene e quella eliminata in un breve periodo di tempo e nelle 24 ore.

Questi rapporti sono espressi nelle seguenti due leggi:

1° Il debito ureico, cioè la quantità di urea dell'urina nelle 24 ore, varia in proporzione diretta del quadrato della concentrazione dell'urea nel sangue, a condizione che la concentrazione dell'urea nell'urina rimanga costante.

$$\frac{D}{D^1} = \frac{Ur^2}{Ur_1^2}$$

ossia

$$\frac{\sqrt{D}}{\sqrt{D_1}} = \frac{Ur}{Ur_1}$$

che equivale a

$$\frac{Ur}{\sqrt{D}} = \frac{Ur^1}{\sqrt{D_1}} \quad \ldots\ldots K.$$

2° Il debito ureico è inversamente proporzionale alla radice quadrata della concentrazione dell'urea nell'urina, purchè la concentrazione dell'urea nel sangue resti costante,

$$\frac{D}{D_1} = \frac{\sqrt{C_1}}{\sqrt{C}}$$

da cui

$$D_1 = D \times \frac{\sqrt{C}}{\sqrt{C_1}}.$$

Dalle due leggi precedenti si deduce che variando la concentrazione dell'urea nel sangue e nell'urina, il debito ureico varierà in proporzione diretta del quadrato dell'urea nel sangue e in proporzione inversa della radice quadrata dell'urea nell'urina, cioè:

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times \sqrt{\frac{C}{Ca}}}} = \frac{Ur_1}{\sqrt{D_1 \times \sqrt{\frac{C_1}{Ca_1}}}} \ldots K.$$

Il K rappresenta la *costante uremica* o, secondo Garion e Guillamin, la *costante ureo-secretoria* e per noi il *coefficiente ureo-secretorio*, poichè indica l'attività ureica del rene.

Per raccogliere i dati necessari, l'esperimento va disposto nel modo seguente:

Si vuota completamente la vescica del soggetto in esame con la sonda, fissando l'ora esatta. Dopo 15-20 minuti si estraggono da una vena o si raccolgono con due ventose scarificate circa 40 cmc. di sangue; e finalmente

dopo un lasso di tempo non minore di una mezz'ora si vuota di nuovo la vescica, cercando che non vi rimanga la minima quantità d'urina e notando l'ora appena estratte le ultime gocce. Nelle nostre esperienze abbiamo preferito di raccogliere le urine in vescica dopo trascorso anche più di un'ora dal vuotamento.

Con il suddetto procedimento si ha una data quantità d'urina raccolta in un tempo determinato, sulla quale si ricava la *concentrazione dell'urea* (C) e si deduce la quantità emessa nelle 24 ore, cioè il debito ureico (D). Nel sangue raccolto si dosa l'urea (Ur), avendosi così i tre principali elementi per l'applicazione della formula.

Per la determinazione dell'urea nel sangue ci siamo serviti del metodo di Garion e Guillaumin e dell'azotometro di Yvon, modificato da Duprè. Attualmente abbiamo sostituito questo con quello di Ambard, il quale elimina totalmente l'errore dello sviluppo di gas dal mercurio per azione della liscivia di bromo.

Per rendere più completa la formula Ambard ha voluto introdurvi l'elemento peso del soggetto (P) riferito ad una cifra media di 70 kg. e per facilitare il calcolo la concentrazione ureica è riferita ad una cifra del 25 %.

Cosicchè si ha:

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}}.$$

Il valore di K si ritiene variabile tra 0. 060 e 0. 070. Una cifra superiore indica un'alterata funzionalità renale, ed una inferiore uno stato di iperattività renale.

Alcuni, come Martinet, Legueu, preferiscono la formula primitiva, cioè:

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{D \times \sqrt{C}}}.$$

Noi abbiamo adottato la formula più complessa, poichè con questa sono state eseguite le *costanti* da altri autori e quindi con esse si può fare la comparazione.

Le *costanti* sui nostri soggetti ci hanno dato delle cifre le quali devono essere tenute in grande considerazione.

Prendiamo il caso di una signora da noi nefrectomizzata per tubercolosi renale destra, nella quale la prova della florizina e dell'indaco-carminio ci lasciarono nella convinzione che il rene sinistro non fosse completamente permeabile.

Dopo tre mesi dalla nefrectomia si ha:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.526 \\ C = 23.66 \\ D = 28.39 \\ P = \text{Kg}.54 \end{array}\right\} K = 0.089.$$

Tale cifra può con ragione essere ritenuta esatta ed indice, quindi, di un lieve grado di impermeabilità renale, poichè concorda con le prove eseguite prima dell'operazione; nè ciò deve recare meraviglia, poichè sono note le alterazioni nefritiche del rene opposto a quello tubercolare.

La concentrazione ureica ed il debito non sono rappresentati da cifre basse e perciò da sole indicherebbero una buona funzionalità renale: per contrario l'azotemia è un poco elevata, per cui sembra evidente lo sforzo del rene per sopperire ai bisogni dell'organismo.

Un esempio molto interessante ci viene dato da un'altra signora con tubercolosi renale destra.

Con il cateterismo bilaterale degli ureteri si ha: a destra pus, a sinistra una discreta poliuria limpida con inizio dell'eliminazione dell'indaco dopo 6′ e con l'apparizione della glicosuria florizinica dopo 20′.

Da ciò si deve dedurre che il rene sinistro trovasi in istato di ipertrofia compensatoria.

L'esame della costante dà:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.421 \\ C = 19.20 \\ D = 18.67 \\ P = \text{Kg}.55 \end{array}\right\} K = 0.093.$$

Anche qui si dovrebbe ammettere un lieve grado d'insufficienza del rene opposto. La cifra elevata della costante dipende dalla manchevole diuresi totale nelle 24 ore, poichè la cifra che esprime la concentrazione è discreta; l'azotemia non rivela il turbamento della funzione, essendo nei limiti normali.

Si erano raccolti i dati precedenti quando, per ragioni estranee all'esame, interviene una lipotimia. Si approfitta di questo stato per fare una nuova determinazione e si ha:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.421 \\ C = 19.20 \\ D = 15.19 \end{array}\right\} K = 0.102.$$

Come si vede esiste una differenza tra le due costanti, dovuta esclusivamente al debito,

che da 19 è sceso a 15: la concentrazione è rimasta eguale.

Sembra che il rene abbia la capacità di eliminare l'urea alla concentrazione non superiore al 19 ‰, una volta che questa non è aumentata col diminuire della quantità dell'urina. Le variazioni della escrezione acquosa spiegano l' innalzamento e l'abbassamento della costante uremica.

Ora, il rene ha la capacità di assorbire ed eliminare acqua per essere sufficiente? A tale domanda va risposto con la prova della *poliuria sperimentale.*

Nel caso in ispecie si potrà rispondere affermativamente, una volta che sotto lo stimolo del cateterismo ureterale il rene si mostrò poliurico; durante la prima costante, lievemente oligurico, e solo nello stato lipotemico oligurico. Ora, mentre ci spieghiamo benissimo l'oliguria nella lipotimia per la stasi renale, notiamo con una certa meraviglia che la concentrazione ureica sia rimasta invariata.

Ciò sarebbe in favore dell'esattezza della *costante,* quindi doversi ammettere un certo grado di nefrite, forse capace di migliorare dopo l'asportazione del rene tubercolare (1).

Esaminiamo la *costante* di un prostatico di 75 anni con notevole *aritmia cordis.*

Ritenzionista parziale da molti anni, un giorno improvvisamente sopraggiunge ritenzione totale; venne da noi trovato in condizioni gravi, con vescica ripiena di abbondante quantità di sangue, parte liquido e parte grumoso, per cui si dovette d'urgenza epicistotomizzare.

Dopo alcuni giorni, quando già le sue condizioni generali avevano migliorato, si pratica la *costante* e si ha:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.392 \\ C = 8.49 \\ D = 15.44 \\ P = \text{Kg}.66 \end{array}\right\} K = 0.127.$$

La *costante* è abbastanza elevata, quantunque l'azotemia sia nei limiti normali, ma bassa è la concentrazione ureica dell'urina e il debito ureico.

In tali condizioni ci preoccupava non poco il secondo atto operativo, cioè la prostatectomia, reclamata dall'infermo e dalla famiglia.

(1) La signora e stata da noi nefrectomizzata con esito favorevole; fra non molto sarà sottoposta ad altra prova per la determinazione della costante.

Si cerca allora di migliorare le condizioni cardio-renali del soggetto dapprima con dieta idrica, poi vitto ipoazotato, nel mentre gli si somministra della teobromina, e per via sottocutanea iniezioni di olio canforato, di caffeina, ecc.

Dopo alcuni giorni, seconda determinazione che dà:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.368 \\ C = 8.42 \\ D = 18.14 \\ P = \text{Kg}.66 \end{array}\right\} K = 0.111.$$

La diminuzione della costante indice della migliorata funzione renale è chiara; ed è anche qui evidente, come nel caso precedente, che la concentrazione ureica dell'urina ha subìto una diminuzione tanto lieve che può considerarsi come eguale alla prima determinazione, mentre un autentico aumento ha avuto il debito ureico per effetto dell'aumentata diuresi, dovuta alle migliorate condizioni circolatorie e alla diminuzione dell'azoto sanguigno per la dieta ipoazotata.

Anche qui si sarebbe autorizzati a ritenere che il rene del suddetto prostatico abbia un *potere escretivo ureico* molto basso e solo con la sua capacità di prendere ed eliminare acqua riesce a bilanciare il carico ureico che si forma nel sangue.

Prendiamo altri tre esempi dalle nostre non poche osservazioni.

Una eclampatica, in gravi condizioni, colpita da attacchi prima e durante il parto ci fornisce i seguenti dati:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.421 \\ C = 32.88 \\ D = 6.96 \\ P = \text{Kg}.55 \\ \text{presumibile} \end{array}\right\} K = 0.167.$$

La cifra così elevata della *costante* esprime l'alterata funzionalità renale in grado rilevante quale ci viene, del resto, fornito dall'esame fisico-chimico dell'urina, cioè, quantità scarsissima ricca di albumina. Però dagli elementi forniti dalla costante di Ambard si potrebbero mettere in evidenza parecchi fatti, se è lecito trarre conclusioni da questo solo caso.

La concentrazione ureica dell'urina molto elevata deporrebbe per la integrità del *potere escretivo ureico del rene* e la scarsità del debito ureico dal notevole grado di abbassamento del *potere escretivo idrurico.*

Ora si sa che le lesioni renali che dànno ritenzione di acqua sui tessuti (nefriti idropigene) sono meno gravi di quelle che dànno ritenzione di urea (nefriti uremigene) sicchè in quelle può da un momento all'altro cessare quella condizione di sbarramento dell'acqua, ripristinandosi la funzione renale. Aggiungendo alle predette constatazioni l'assenza di azotemia, si potrebbe in tal modo giustificare l'esito favorevole avuto dalla malattia? Non sappiamo, nè azzardiamo ad ammetterlo poichè nella eclampsia, trattandosi di una intossicazione, esistono lesioni non solo dei reni, ma di altri organi; quindi la prognosi non è solo subordinata allo stato della funzionalità renale.

Un esempio di *costante* molto basso ci viene dato da una donna nefrectomizzata parecchi mesi or sono per tubercolosi renale destra, la quale si lamentava di disturbi vaghi a sindrome nevrastenica; ella era preoccupata del suo unico rene.

Si ottennero i seguenti dati:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.263 \;.\;. \\ C \;= 12.10 \;.\;. \\ D \;= 24.20 \;.\;. \\ P \;= \text{Kg}.51.500 \end{array}\right\} K = 0.055.$$

Costanti così basse si trovano negli stati di iperfunzionalità renale.

Senza la poliuria, data la concentrazione ureica dell'urina abbastanza bassa, non si sarebbe avuto una *costante* al di sotto della media normale, cioè di 0.060-0.070.

Un ultimo caso che metterebbe più in evidenza l'importanza della costante uremica è il seguente:

Una donna all'8° mese di gravidanza, in procinto di partorire, si presenta oligurica e con urina contenente albumina. Tale stato preoccupa il medico della maternità il quale sorveglia la donna nel timore di possibili complicazioni.

Si discute circa l'esistenza o no di una lesione renale e si pratica la determinazione della *costante* che dà:

$$\left.\begin{array}{l} Ur = 0.204 \\ C \;= 16.04 \\ D \;= \;\;9.98 \\ P \;= \text{Kg}.65 \end{array}\right\} K = 0.070,$$

Espletatosi il parto senza alcun incidente, rapidamente migliorò lo stato della diuresi e scomparve l'albuminuria. Il valore normale della costante dimostrò non esservi un turbamento profondo nella funzione renale; infatti analizzando i tre dati raccolti si ha che alla ipoazotemia fa riscontro una mediocre concentrazione ureica ed uno scarso debito e che malgrado la diminuzione della diuresi totale, dovuta ad una alterazione glomerulare, il coefficiente ureo-secretorio è nei limiti normali.

Dalle numerose osservazioni da noi raccolte e dall'esposizione dei pochi esempi si può concludere:

1° *la costante uremica di Ambard* rappresenta uno dei migliori metodi per la determinazione della funzione ureica del rene;

2° nell'apprezzamento del metodo non solo deve tenersi in considerazione la cifra della costante ma anche di quella dei tre elementi principali, cioè dell'azoto sanguigno, della concentrazione ureica dell'urina e del debito;

3° per valutare completamente la funzione renale bisogna associare alla costante di Ambard la determinazione del *coefficiente sfigmo-renale* di Martinet o la prova della *poliuria sperimentale* di Albarran.

BIBLIOGRAFIA.

WIDAL. *Le prognostic dans le mal de Bright par le dosage de l'urée dans le sang.* Soc. méd. des Hôpit., 22 dic. 1911.

AMBARD. *Rapports entre le taux de l'urée dans le sang et l'élimination de l'urée dans l'urine.* Soc. de Biologie, 19 nov. 1910.

IDEM. *Rapports de la quantité et du taux de l'urée dans l'urine, la concentration de l'urée du sang étant constante.* Soc. de Biologie, 3 dic. 1910.

AMBARD et MORENO. *Mesure de l'activité renale par l'étude comparée de l'urée dans le sang et de l'urée dans l'urine.* Sem. méd., 19 apr. 1912.

CHEVASSU. *Le dosage de l'urée sanguine et la constante urémique, etc.* Presse méd., 8 e 15 giugno 1912.

MARTINET. *Coefficient sphygmo-rénal, etc.* Journal d'urologie, 15 dic. 1912.

STRAUSS. *Zur Prognosenstellung bei Nephritiden.* Zeitsch. f. Urologie, Bd. VII, 2 aprile 1913.

Roma, aprile 1913.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOLOGIA.

Sull'ascoltazione dorsale del cuore e dei vasi.

(L. KÜRT. *Wien. Klin. Wochen.*, 16 gennaio 1913).

L'ascoltazione sistematica e metodica del cuore e dei vasi sulla parete posteriore del torace e lungo la colonna vertebrale è espediente di semeiologia clinica troppo spesso trascurato, ma certamente utile per portare elementi diagnostici discriminativi nelle lesioni cardiovascolari.

Pochi e parziali accenni sono nella letteratura, il Kürt invece ne fa oggetto di uno studio sistematico razionale e comincia l'esame dall'uomo normale nelle varie età, tentando delle mutazioni fisiologiche e patologiche di dare le spiegazioni più plausibili al lume dell'anatomia e della fisiopatologia.

I punti di elezione in genere per l'ascoltazione dei toni cardiaci sono le apofisi delle vertebre toraciche.

In condizioni normali i toni si rendono meglio ascoltabili se l'azione del cuore è concitata e quindi nell'età infantile in cui d'ordinario il ritmo cardiaco è accelerato e facilmente concitato.

Il cuore dei lattanti invece batte più lentamente, sì che il ritmo cardiaco è molto simigliante a quello degli adulti, specie nel sonno.

Negli adulti i toni sono ascoltabili sulla colonna vertebrale toracica, meglio un po' a sinistra, e l'accentuazione, ad azione cardiaca calma, si nota sul 2° tono, mentre nei fanciulli l'accentuazione è sul 1° tono.

Ascoltando dall'alto in basso si può sentire il 2° tono in ambedue i lati della colonna vertebrale, egualmente forte, poichè anatomicamente l'arco dell'aorta giace a destra e a sinistra della prima e seconda vertebra toracica.

In un grande numero di casi il 2° tono è meglio ascoltabile a destra della colonna; forse perchè il lume dell'aorta, dopo la diramazione dei suoi rami principali, diviene più ristretto, nel punto in cui corrisponde al lato sinistro della colonna vertebrale.

Dall'alto in basso procedendo all'ascoltazione dei toni, questi divengono più deboli al disotto della 2ª vertebra toracica, e il 1° tono diviene più cupo.

Assai chiaramente si ascoltano i toni sulla parete posteriore della regione cardiaca, ma l'accentuazione posa sempre sul 2° tono.

Un fatto in apparenza strano s'è che in condizioni apparentemente normali il 2° tono si ascolta meglio a destra che a sinistra della colonna dorsale: secondo l'A., la propagazione a destra è favorita dallo spessore del lembo polmonare destro, minore del sinistro.

L'ascoltazione può essere praticata direttamente o indirettamente: l'applicazione diretta dell'orecchio rende l'ascoltazione più distinta.

***

In condizioni patologiche i toni possono essere ascoltati più distintamente sul dorso.

In generale ciò avviene:

a) se i toni in sè e per sè abbiano un'anormale sonorità;

b) se un processo di raggrinzamento o di neoformazione determinino una diminuzione del contenuto d'aria nel polmone;

c) se il cuore sia spinto lontano dalla parete anteriore toracica.

Un'accentuazione sorprendente mostra talora il 1°, talora il 2° tono; raramente sono ambedue rinforzati.

Chiaro e preciso, si ascolta il 1° tono negl'*individui dimagrati, nei cachettici* e in condizioni di concitazione cardiaca, sulla parte posteriore del lato sinistro polmonare.

Esso somiglia molto al 1° tono della stenosi mitralica, e forse è in rapporto con la diminuzione quantitativa (astraendo dalla variazione qualitativa) del sangue totale, con quella che si suole chiamare *contrazione a vuoto del ventricolo*, come si verifica nettamente nelle gravi perdite di sangue (Müller).

Un 1° tono accentuato anche posteriormente si ascolta nelle modiche *ipertrofie del ventricolo sinistro*, in ispecie nelle *arterio-sclerosi iniziali*. Nella *stenosi mitralica* il 1° tono acquista un carattere breve e sonoro e si ascolta bene posteriormente nella parte inferiore del polmone sinistro.

Esso però si può ascoltare anche a destra della colonna vertebrale, propagato per l'orecchietta sinistra dilatata: questa nelle sue dilatazioni si estende più o meno a destra della colonna vertebrale, in alto non oltrepassa mai la 4ª vertebra dorsale: il punto d'elezione a destra è quindi sempre al disotto della 4ª vertebra dorsale.

Non raramente invece a livello della 4ª apofisi spinosa dorsale si trova nella stenosi mitralica accentuato il 2° tono; le ragioni di propagazione in questo punto si devono ricercare nella posizione anatomica dell'arteria polmonare che diviene a tal punto più vicina alla regione dorsale e in condizioni tali da meglio trasmettere il tono; però più che sulle apofisi spinose, il 2° tono accentuato si ascolta meglio nelle regioni paravertebrali a livello della 4ª dorsale.

Ma il cuore viene a trovarsi anatomicamente con la sua parte maggiore a sinistra della linea mediana, anche il territorio di ascoltazione dei toni in questo punto è notevolmente più esteso.

Il 2° tono aortico accentuato, si può dimostrare in singoli casi patologici, posteriormente sul dorso a livello della 1ª e 2ª vertebra toracica, più pronunziato a destra che a sinistra della colonna vertebrale.

Un particolare significato acquista l'ascoltazione dorsale nei casi nei quali il 2° tono polmonare con sicurezza non si può differenziare dal 2° tono aortico per mezzo dell'ascoltazione anteriore; la localizzazione diversa dorsale ci farà distinguere se si tratti di accentuazione del secondo aortico o polmonare.

Per i rumori cardiaci valgono le leggi generali indicate per i toni: i *rumori aortici* di una certa intensità sono ascoltabili sul dorso; il punto di elezione è a destra o a sinistra della colonna vertebrale a livello della 1ª o della 2ª vertebra dorsale.

Il rumore diastolico si percepisce posteriormente meno frequentemente e meno chiaramente del sistolico; d'ordinario si percepisce meglio *nelle insufficienze aortiche da mesoaortite luetica*, nelle quali anteriormente può assumere addirittura un carattere sibilante, ed essere ascoltato a distanza.

Il rumore sistolico *della stenosi aortica* è un forte rumore ascoltabile sempre posteriormente.

Nella *stenosi dell'ostio polmonare* il rumore s'è dimostrato meglio ascoltabile a livello della 4ª vertebra dorsale, nei casi conosciuti dall'autore.

Seguendolo sulla linea mediana si può vedere che il punto massimo per l'ascoltazione è l'apofisi della 4ª vertebra toracica, punto che corrisponde al decorso del ramo destro principale della polmonare.

Una precisa localizzazione dei rumori ha un valore importante per la diagnosi di persistenza del *forame di Botallo*, di stenosi aortica, d'insufficienza mitralica.

La stenosi dell'ostio polmonare e la pervietà del forame di Botallo sono vizi congeniti del cuore: però il secondo è compatibile più del primo con una vita prolungata, epperò la sicura diagnosi di una di tali affezioni ha nell'infanzia valore pronostico.

Nella malattia di Roger ascoltando sulla parete anteriore si trova che il rumore è meno intenso che non nella stenosi polmonare, dorsalmente, nella pervietà del forame di Botallo il punto di elezione è sempre al di sotto della 4ª vertebra toracica, in cui invece meglio si ascolta il rumore della stenosi polmonare.

Il rumore sistolico aortico e polmonare possono con l'ascoltazione anteriore essere scambiati: così l'aortico, per addensamento polmonare o per spostamento del cuore può essere ascoltato a sinistra dello sterno, il polmonare, in casi di stenosi del ramo destro dell'arteria polmonare, può essere ascoltato a destra del margine sternale: vale in tali casi per la differenziazione l'ascoltazione dorsale, coi punti di elezione notati.

Circa la spiegazione dei casi citati (Litten, Weimberger, Scrötter) in cui l'ascoltazione dimostrava il soffio sostolico a destra sebbene si trattasse di stenosi del ramo destro della polmonare, l'A. ricorre alla seguente spiegazione anatomica: l'arteria polmonare si divide all'altezza del margine superiore della seconda cartilagine costale sinistra, dove il vaso si porta subito fuori del pericardio, in due rami sinistro e destro; questo volge subito sotto l'arco aortico, incrocia la parte superiore dell'orecchietta sinistra, passa dietro alla vena cava superiore, il sinistro invece passa indietro ed in basso alla concavità dell' arco aortico, incrocia il tronco di sinistra e divisa nei suoi due rami penetra nel polmone.

Le pulsazioni quindi del ramo destro, non appena raggiungono una certa intensità, si comunicano all'aorta ascendente, e alla vena cava superiore; nelle stenosi quindi del ramo destro, il rumore si propaga facilmente per tali mezzi e si ascolta anteriormente a destra dello sterno; anche il fremito palpabile descritto dai vari autori potrebbe trovare in tali condizioni anatomiche la sua spiegazione.

Nell'*arteriosclerosi della polmonare* sono stati pure notati rumori sistolici interscapolari, come pure nell'*insufficienza delle valvole polmonari*, nella pervietà del forame di Botallo.

Nell'insufficienza delle valvole polmonari è stato descritto nella regione interscapolare ac-

canto al rumore diastolico il rumore sistolico, a livello della quarta vertebra dorsale.

Il rumore che si ascolta anteriormente non è certo atto a risolvere sempre se si tratti di una insufficienza aortica o polmonare, d'altra parte la dilatazione del corrispondente ventricolo nell'endocardite acuta non sempre è segno utile alla diagnosi differenziale; torna assai utile allora il reperto dorsale, con i punti d'elezione per l'ascoltazione dei rumori aortici e polmonari. In un caso citato dall'A. in cui s'era pensato ad un'insufficienza aortica da endocardite acuta per un rumore diastolico che si ascoltava prima sull'aorta poi in un punto anteriore sulla polmonare, in cui solo per la rarità della lesione s'era esclusa un'insufficienza polmonare, questa lesione venne rinvenuta all'autopsia, e la ricerca del reperto dorsale avrebbe, fin dal principio della malattia, risoluto il difficile problema diagnostico.

Il noto caso di Collier dimostra come per il malato possa talora essere fatale uno scambio diagnostico.

In una donna che a 33 anni morì di tisi, tredici anni prima, fondandosi su d'una pulsazione nel secondo spazio intercostale unita ad un chiaro rumore ascoltabile al disotto della clavicola sinistra, e ad un polso differente (il sinistro appena percettibile) fu sospettato un aneurisma dell'arto aortico, e in base a tale diagnosi fu legata la carotide comune.

L'esito fu soddisfacente: l'ammalata visse ancora 13 anni, l'autopsia dimostrò una stenosi dell'arteria polmonare.

Romberg, e tale pure è l'opinione di Hoffmann, d'altra parte sostiene che neanche l'esame radiografico vale a differenziare nella maggior parte dei casi un aneurisma della polmonare od uno dei suoi rami, da quelli dell'aorta. L'ascoltazione dorsale può essere utile in tali casi, poichè i rumori aortici si ascoltano sempre al di sopra della quarta dorsale.

Circa la persistenza del forame di Botallo Franck François nel 1878 diede importanza al rumore dorsale sistolico che si ascolta a livello della terza e quarta dorsale, e che si rinforza nell'ispirazione.

Nei due casi dall'A. osservati eguali punti massimi ascoltatori si osservano sul dorso come per la stenosi polmonare.

Il *rumore sistolico dell'insufficienza della mitrale* si ascolta assai spesso posteriormente. Fraentzel già nel 1891 ne faceva menzione (1) con le seguenti parole: « un chiaro rumore sistolico mitralico si può ascoltare sul dorso a sinistra, ma talvolta anche a destra ».

Il rumore mitralico posteriormente secondo l'A. si ascolta meglio nelle pause respiratorie, nella metà sinistra tra l'angolo scapolare e la colonna vertebrale, eventualmente anche più in basso.

Il punto di elezione è variabile, talora più vicino, talora più lontano dalla colonna, ora più in alto, ora più in basso. Il grado di dilatazione del ventricolo sinistro e dell'orecchietta corrispondente dà la spiegazione del fatto; la propagazione è tanto più facile quanto più il cuore è vicino alla parete posteriore e le condizioni del polmone permettono la propagazione del rumore. In generale si può dire che il rumore mitralico forte trovasi a sinistra della colonna vertebrale al disotto della sesta vertebra dorsale; un rumore mitralico che si ascolta più in alto ha carattere fonico più grave e cupo di quello delle polmonari.

I rumori organici hanno in genere carattere di sonorità e sono aspri; sul dorso però anche non raramente si ascoltano i rumori accidentali o funzionali. In condizioni particolari il rumore sistolico può divenire meglio ascoltabile posteriormente (se il cuore è allontanato per qualche causa dalla parete toracica anteriore). Così l'A. cita un caso di un paziente giovane in cui all'esame del cuore anteriormente si ascoltavano netti sfregamenti pericardici, mentre posteriormente si sentiva un forte rumore mitralico sistolico. L'autopsia dimostrò un essudato pericardico incapsulato della parete anteriore, ed un'endocardite delle valvole mitraliche.

Talora il rumore mitralico si trasmette attraverso l'orecchietta dilatata, e sulla zona toracica anteriore ad essa corrispondente si ascolta il rumore sistolico; dorsalmente in tali casi il punto massimo di ascoltazione risale alla quinta vertebra a destra della colonna vertebrale, poichè l'orecchietta dilatata viene a giacere a destra della colonna vertebrale.

Volendo riassumere l'intricata questione si possono fissare le seguenti regole:

(1) Il rumore sistolico ascoltabile nella regione interscapolare per insufficienza della mitrale fu già da lungo tempo messo in evidenza dal Baccelli, al quale il Murri ne rivendicò la priorità, con uno dei suoi meravigliosi scritti, quando con etichetta estera, si tentò di diffondere il sintoma in Italia. *t. p.*

In *condizioni normali* sono i toni cardiaci ascoltabili dorsalmente di regola nei fanciulli, più raramente nell'età avanzata.

Essi compaiono più nettamente a sinistra che a destra della colonna vertebrale; l'accentuazione cade sul secondo tono, l'ascoltazione deve essere immediata.

Per la *localizzazione* si può dire:

1. Un primo tono più accentuato, riferibile alle valvole mitraliche, si osserva meglio nella regione dorsale in basso e a sinistra in casi: *a*) di cachessia (contrazione a vuoto del ventricolo); *b*) nelle forti ipertrofie del ventricolo sinistro; *c*) nelle stenosi mitraliche.

2. Il secondo tono polmonare accentuato è da ricercare all'altezza della quarta vertebra dorsale, a destra della colonna vertebrale; il secondo tono aortico accentuato all'altezza della prima o seconda vertebra toracica a destra o a sinistra, accanto alla colonna vertebrale.

Circa la *localizzazione dei rumori*:

1. Il rumore aortico è pronunziato a livello della prima o seconda vertebra dorsale a destra o a sinistra della colonna vertebrale. I rumori sistolici da stenosi si ascoltano meglio e più intensi dei rumori diastolici da insufficienza; tra questi quelli dipendenti da mesoaortite dànno il rumore diastolico più netto e più aspro.

2. I rumori polmonari sono localizzati sulla linea mediana vertebrale, al livello della quarta dorsale; la precisa localizzazione dei rumori può aiutare la diagnosi della stenosi dell'ostio polmonare, dell'embolia, delle trombosi, delle compressioni del lume della polmonare o di uno dei suoi rami principali, dell'arteriosclerosi, di rari casi di insufficienza delle valvole polmonari, della persistenza del dotto di Botallo.

La precisa localizzazione del rumore sistolico è da utilizzare per la diagnosi differenziale, quando si voglia tener divisa una stenosi dell'ostio polmonare da una pervietà del forame, o da singoli casi di stenosi aortica o finalmente da singoli casi d'insufficienza mitralica.

Inoltre dovrebbe essere con esatta osservazione determinata la localizzazione di un rumore sistolico o diastolico nella diagnosi differenziale di una endocardite delle valvole aortiche o polmonari e quando si voglia distinguere un aneurisma dell'arco aortico da uno dell'arteria polmonare.

3. Il rumore mitralico ha il suo punto massimo, nella maggior parte dei casi, al disotto della sesta vertebra e a sinistra della colonna vertebrale. Il rumore è talora sul dorso meglio ascoltabile che anteriormente, talvolta il primo tono è chiaro posteriormente in alcuni casi di enfisema polmonare o di essudato pericardico saccato.

Nelle forti dilatazioni dell'orecchietta sinistra a destra della colonna vertebrale, e rispettivamente al disotto della quinta vertebra dorsale è il punto massimo per l'ascoltazione del rumore mitralico: d'ordinario si tratta d'un rumore sistolico; assai raramente diviene udibile un rumore diastolico.

T. PONTANO.

CHIRURGIA.

Trattamento chirurgico del cancro dello stomaco.

(FAROY. *Arch. des Maladies de l'Appareil digestif*, febbraio 1913).

L'epitelioma dello stomaco è una malattia incurabile per eccellenza: col trattamento chirurgico in genere non si cerca d'ottenere la guarigione, ma di prolungare l'esistenza. Certamente è possibile l'exeresi totale e precoce, come si ottiene per il cancro della mammella; ma è estremamente difficile.

L'A., esaminando la statistica di 69 casi di epitelioma gastrico operati dal Mathieu, studia il valore dei vari fattori che possono influire sulla durata della sopravvivenza post operatoria.

Le condizioni generali del malato hanno certamente un'importanza fondamentale in rapporto ai risultati dell'intervento. Il Mathieu interviene soltanto quando le condizioni generali rendano probabile un buon risultato, quando non vi sia cachessia grave nè segni di generalizzazione del cancro.

L'intervento può consistere nella gastro-enterostomia, nella pilorectomia, nell'associazione dei due atti operativi. Si può essere costretti delle volte alla semplice laparotomia esplorativa: su 8 casi di questo genere, l'A. ha avuto 6 volte l'esito letale dentro il primo mese dopo l'operazione; gli altri due sopravvissero l'uno sei mesi e l'altro un anno, malgrado la presenza di metastasi, aderenze, ed infiltrazioni neoplastiche della parete gastrica e dell'epiploon gastro-epatico. Questi risultati sono molto interessanti, e ci rendono prudenti se si debbano vagliare i risultati degli interventi radicali.

Su 39 gastro-enterostomizzati, in 9 casi si trattava di cancro pilorico o prepilorico sviluppatosi in seguito ad ulcera gastrica: nel 55% dei casi

la morte si ebbe dentro il primo anno dall'operazione, nel 45 % gli operati sopravvissero da 1 a 4 anni.

Su 30 casi di cancro pilorico o prepilorico, 77 volte su 100 l'esito letale si verificò dentro il primo anno, 23 volte dopo il primo anno (fino a 3 anni e 4 mesi).

La pilorectomia semplice eseguita in 10 casi ha dato una mortalità del 50 % dentro il primo mese dall'operazione; nel resto dei casi l'esito letale si ebbe da 1 anno e 6 mesi a 4 anni e 6mesi.

La pilorectomia è stata associata alla gastroenterostomia in 6 casi: di questi 2 sono morti dentro i primi 15 giorni, 4 sono sopravvissuti da 10 mesi ad 1 anno e 10 mesi.

Riunendo tutti i casi di pilorectomia semplice o combinata, si ha che la mortalità operatoria è stata molto elevata (del 45 %); e che negli altri casi la recidiva è stata meno precoce. La pilorectomia dà risultati tanto più buoni, quanto meglio fattibile è l'exeresi totale del tumore.

Se non è molto evidente il valore pronostico della sede del tumore, è molto chiara invece l'importanza che ha la diffusione del morbo in rapporto ai risultati. Ciò non pertanto, vi sono dei casi in cui l'operato è sopravvissuto a lungo, malgrado la grande infiltrazione cancerigna e le numerose metastasi: in questi casi la gastro-enterostomia vale a prolungare la vita soltanto perchè ristabilisce l'alimentazione del malato.

Quanto alla natura istologica del tumore, l'autore nota un prolungamento della vita oltre un anno dopo l'operazione nel 66 % dei casi di epitelioma sviluppatosi sopra un'ulcera gastrica; nel 33 % dei casi di epiteliomi primitivi. L'epitelioma può svilupparsi sulle ulceri croniche antiche callose, nelle quali l'infiltrazione neoplastica incontra un tessuto fibroso poco vascolarizzato e perciò può progredire molto lentamente: di qui forse la minore malignità di queste forme di cancro.

I risultati operatori meno buoni che si ottengono nei malati giovani debbono attribuirsi alla evoluzione più rapida che il neoplasma presenta in queste età.

Dopo l'operazione, può mancare completamente un periodo di miglioramento. Esso in genere si verifica subito dopo l'intervento, e si manifesta soprattutto con un aumento notevole dell'appetito, che si traduce rapidamente in un aumento quasi costante, più o meno marcato, del peso del corpo. Ciò dimostra che il dimagramento anteriore all'operazione era dovuto più all'inanizione che alla cachessia cancerosa.

Come si compiono le funzioni gastriche durante questo periodo di miglioramento?

L'A. non ha dati sulle modificazioni della secrezione gastrica.

Ha potuto studiare la motilità gastrica mediante la radioscopia: in parecchi casi ha potuto osservare che fino a più d'un anno dopo l'operazione lo stomaco si vuota molto bene e più o meno rapidamente attraverso la bocca anastomotica; qualche volta ha osservato funzionare appena o affatto la bocca anastomotica, e ciò non per obliterazione di essa, ma per la riacquistata pervietà e il ritorno funzionale del piloro. Più volte ha osservato una notevole diminuzione della dilatazione gastrica secondaria alla stenosi pilorica.

I fenomeni morbosi che sogliono aversi dopo l'intervento a volte sono la continuazione dei sintomi medesimi precedenti all'intervento (dolori dispeptici, vomiti, ecc.); più spesso sono fenomeni nuovi dovuti direttamente all'atto operativo eseguito. Si possono avere vere sindromi di *dispepsia sensitivo-motrice* con nausea, senso di peso allo stomaco, vomito, dimagramento; dolori violenti continui incessanti, senza orario fisso, che si esasperano dopo i pasti, e si accompagnano spesso a vomito; vomiti mucosi ed alimentari, di rado precoci, più spesso nel periodo terminale, accompagnati dagli altri sintomi della stenosi pilorica, ristabilitasi quando per una ragione qualsiasi la bocca anastomotica non funzioni più; vomiti biliari precoci o tardivi che non sono rari nei gastro-enterostomizzati; emorragie con ematemesi e melena; diarree più o meno violenti ed ostinate.

La stenosi pilorica che si ristabilisce può essere dovuta alla invasione neoplastica della bocca anastomotica o del neopiloro creato dalla pilorectomia.

L'esito letale si verifica coi sintomi d'una cachessia progressiva, o coi fenomeni di stenosi pilorica, o per metastasi viscerali e generalizzazione neoplastica, per un'infezione sopraggiunta.

P. SABELLA.

Sostituzione plastica dell'esofago per mezzo dello stomaco.

(HIRSCH. *Zentralblatt fur Chirurgie*).

Dei tentativi di ripristinare la pervietà dell'esofago, in casi di stenosi di esso, ricorrendo a plastiche cominciarono con la proposta di Roux il quale, partendo dal concetto della gastrostomia

secondo Tavel, impiegava una lunga ansa del digiuno per sostituire l'esofago. Questa operazione ha molti svantaggi; si tratta di un atto operativo difficile e lungo, che richiede la resezione di un'ansa del tenue, la ricostituzione della continuità dell'intestino, l'impianto del capo aborale dell'ansa isolata nello stomaco e l'innesto dell'altro capo alla pelle o all'esofago. Il punto più criticabile di questa operazione è determinato dalla insufficiente nutrizione dell'ansa isolata, la quale non viene più nutrita che da pochi vasi del mesentere e perciò cade in gangrena, come hanno osservato Lexer, Kocher, Tuffier, Schnitzler, ecc.

Il processo di Roux è stato potuto eseguire tipicamente solo in un caso, da Herzen.

Negli altri casi si è dovuto prendere un'ansa così breve che si è potuto portarla solo fino all'appendice ensiforme o alla mammella. Da questi punti si è dovuto far comunicare l'ansa con l'esofago per mezzo di un tubo cutaneo, perciò privo di mucosa e di attività peristaltica. Per evitare la necessità di ricorrere alla formazione di un lungo tubo cutaneo e per non ricorrere all'ansa di Roux, l'A. propone di formare il nuovo tratto di canale alimentare con un pezzo di parete dello stomaco.

Fatta una laparotomia sopraombelicale e estratto lo stomaco si scolpisce sulla parete anteriore dello stomaco un lungo lembo quadrangolare allungato con base sulla piccola curvatura, che viene rovesciato in alto.

Il difetto prodotto nella parete anteriore dello stomaco viene riparato con esatta sutura a strati e, poichè la sutura passa ininterrottamente dallo stomaco al lembo, questo viene trasformato in un tubo che costituisce il tubo digestivo che si vuol ricostituire. In seguito lo stomaco viene riposto nell'addome e il peritoneo viene fissato con sutura intorno al punto di origine del tubo il quale, uscendo dall'angolo superiore della ferita laparotomica, vien fatto passare sotto la pelle del torace e fissato quanto più in alto è possibile per esser poi messo in congiunzione con l'esofago.

Tre obbiezioni possono essere mosse contro questo piano operatorio:

1° che non si possa ottenere dallo stomaco un lembo abbastanza lungo per esser portato fino al collo.

2° che il lembo non sia sufficientemente nutrito. A questa obbiezione si può rispondere che il lembo è fornito di vasi provenienti dalla piccola curvatura.

3° che la deglutizione non si compia in modo regolare. Ma è noto che per far progredire nell'esofago i cibi non è necessaria la peristalsi e che la forza sviluppata nella deglutizione è sufficiente a spingere i boli alimentari fin nello stomaco.

L'A. crede che il suo metodo sia raccomandabile per la grande semplicità di esecuzione e si propone di applicare il principio del suo processo anche alla vescica quando si debbano sostituire gli ureteri o l'uretra.

EGIDI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di patologia speciale medica della R. Università di Genova
diretto dal prof. P. LIVIERATO.

Bronco-polmonite da bacillo di Eberth durante l'infezione tifoide

per il prof. dott. COSIMO RUBINO.

Vecchia, ma sempre controversa, è la questione della etiologia della bronco-polmonite. Questo processo morboso — che oramai si potrebbe dire ben definito dal punto di vista anatomo-patologico — è provocato da un unico batterio patogeno? o da alcuni batteri patogeni specifici? o da qualsiasi batterio patogeno?

Dapprima, colpiti dal fatto di trovare con grandissima frequenza la bronco-polmonite come affezione secondaria di svariati processi morbosi, si cercò di « assegnare a ciascuna forma un agente patogeno speciale, che, *a priori*, non doveva essere altro che quello dell'affezione primitiva ». E così nella bronco-polmonite morbillosa si invocò il presunto germe del morbillo (Babés e Thaon); in quella scarlattinosa si trovò uno streptococco che si credette l'agente patogeno della scarlattina (Klein), ecc. ecc.

Un'altra corrente di osservatori, invece, si affermò per un ordine di idee diametralmente opposto. Secondo costoro la bronco-polmonite non sarebbe dovuta che a un unico germe: il diplococco di Fränkel (Pipping, ecc.).

Fränkel, però, trovando insostenibile che un unico agente patogeno possa creare forme morbose così diverse come la polmonite crupale e la bronco-polmonite (concetto questo che oggi non si potrebbe più ammettere poichè sappiamo che agenti diversi possono provocare identiche lesioni anatomo-patologiche) sostenne doversi

ritenere solo la prima prodotta dal diplococco, mentre la seconda sarebbe data dal pneumo-bacillo di Friedländer.

Mosny, in seguito a ricerche anatomiche e batteriologiche, ammise due tipi distinti di bronco-polmoniti: un tipo lobulare dovuto all'azione dello streptococco piogeno, e un tipo pseudo-lobare dovuto all'azione del pneumococco lanceolato di Talamon-Fränkel, tipo che si dovrebbe, secondo l'autore, separare dalla bronco-polmonite e avvicinare alla polmonite franca.

Questo gruppo di osservatori che nella etiologia della bronco-polmonite da una parte nega che ci sia un unico esclusivo agente patogeno e dall'altra non accetta che qualsiasi agente patogeno possa provocare questa forma morbosa (Weichselbaum, Netter, cui, malgrado i risultati delle sue ricerche, si associò Mosny), indica come agenti patogeni della bronco-polmonite quattro specie di microbi:

1° il diplococco lanceolato di Talamon-Fränkel;

2° lo *streptococcus pneumoniae* di Weichselbaum;

3° gli stafilococchi aureo ed albo;

4° il pneumo-bacillo incapsulato di Friedländer. o *bacillus pneumoniae*.

Strettamente connesso a questa opinione è il concetto patogenetico del morbo. Secondo questi autori, i germi su elencati, che normalmente esistono nelle vie aeree superiori nel maggior numero dei soggetti sani, trasportati dall'aria nei polmoni, in date circostanze di virulenza degli stessi microbi o di condizioni del terreno sul quale sono portati, possono pullulare nel parenchima polmonare e determinarvi le lesioni della bronco-polmonite (Mosny).

Si capisce, dunque, come per i suddetti autori l'unica via di penetrazione di tali germi sia l'aerea, negandosi, così, con un errore di critica giustamente rilevato da Maragliano, quello che si ammette universalmente per le infezioni polmonari, per le quali sono prese in considerazione, come porte di ingresso dei germi, anche la via sanguigna e linfatica: errore, questo, da cui naturalmente è derivato l'altro errore clinico che coinvolge il concetto stesso del morbo, *quello*, cioè, *di ritenere che fosse sempre indispensabile una bronchite per avere una bronco-polmonite lobulare.*

Da tutto ciò si rileva che non è superfluo il portare il contributo casistico a quella non scarsa serie di osservazioni secondo la quale bisogna ammettere il concetto della origine polimicrobica della bronco-polmonite.

G... E... di anni 21, muratore. Entrò in clinica il 20 febbraio 1912.

Anamnesi famigliare e personale remota negative.

Circa 11 giorni prima di essere ricoverato nel nostro reparto clinico egli cominciò ad avvertire un vago e leggero senso di malessere che gradatamente andò aumentando, aggiungendovisi senso generale di debolezza specie agli arti inferiori, anoressia e infine diarrea, cefalea, febbre.

Al momento del suo ingresso in clinica presentava i seguenti fatti: lingua fortemente arrossata ai bordi e alla punta, impaniata nel centro; arrossiti altresì il palato molle e il faringe. Sull'addome alquanto tumido si notavano nei quadranti superiori poche roseole. Il palpamento del ventre era indolente, nè provocava rumore di guazzamento. Milza ingrossata; il suo bordo anteriore arrivava tra la papillare e l'ascellare anteriore; si palpava distintamente. Sull'ambito polmonare, prevalentemente a destra, si notava respiro aspro, pochi ronchi e qua e là scarsi rantoli mobili. Sensorio torpido; temperatura 39°.3, polso 110; spiccato dicrotismo; respirazione 36. Urine con tracce di albumina e diazoreazione leggermente positiva. Feci diarroiche. Potere agglutinante del siero di sangue positivo a 1:80 verso il bacillo di Eberth.

Diagnosi: infezione tifoide.

La malattia decorse per una settimana con i caratteri clinici del *fastigium* dell'infezione tifoide. Poi i fatti generali e quelli a carico dell'apparato digerente andarono migliorando. La temperatura dal 16° al 26° giorno di malattia assunse un tipo irregolarmente remittente. In 24ª giornata, però, i fatti respiratori — che in tutto questo tempo non si erano sensibilmente modificati — si aggravarono. Comparvero sparsi sul torace posteriormente, specie a destra, gruppi di rantoli a piccole e piccolissime bolle in- ed espiratori. La temperatura, che in questo giorno aveva per la prima volta toccata l'apiressia (la sera precedente era a 39°) risalì al pomeriggio a 39°. L'indomani all'ora della visita (ore 8 ant.) si presentarono alla base di destra fatti spiccati di addensamento polmonare. Per questo giorno, come per quello precedente e l'altro seguente, la temperatura assunse un tipo intermittente (tra 36.7-36.8 al mattino e 39-39.2 la sera). Il 26 marzo, al secondo giorno, cioè, da che si erano presentati i fenomeni di addensamento polmonare si fece una puntura esplorativa del polmone nella regione dell'addensamento. Dal succo polmonare si sviluppò in coltura pura un germe che aveva i caratteri *morfologici di mobilità, di colorazione* (non resisteva al Gram), *coltu-*

rali (intorbidiva rapidamente il brodo comune, non coagulava il latte, non sviluppava indolo, non arrossava l'agar Drigalski-Conradi) e *biologici* (veniva agglutinato a 1 : 100 dal siero dell'infermo) del bacillo di Eberth. La temperatura nel giorno successivo alla puntura del polmone non superò i 37°. La sera del giorno di poi toccò i 38°.3, poi dopo poche ore discese all'epiressia e si mantenne nei limiti normali sino al 27 marzo.

I fatti umidi a carico dell'apparato respiratorio migliorarono in pochi giorni; non così i fatti di addensamento polmonare che si protrassero per tutta la convalescenza e non erano interamente scomparsi quando l'infermo si dimise dall'ospedale.

Il 27 marzo — quando le condizioni generali e locali dell'apparato respiratorio erano notevolmente migliorate, e si era ormai in periodo di convalescenza — l'infermo fu assalito da leggeri brividi di freddo seguìti da senso di calore (temperatura 37°.6) e insieme da vivo dolore alla coscia destra che divenne ben presto tumida, calda e dolente alla più leggera pressione in corrispondenza della safena interna.

Questi fatti di una flebite dopo pochi giorni gradatamente scomparvero, e l'infermo, rientrato in convalescenza, rimase in ospedale sino al 10 aprile.

Evidentemente questa infezione tifoide si è complicata prima con un processo bronco-polmonitico provocato dallo stesso bacillo di Eberth, poi con una flebite.

Le lesioni dell'apparato respiratorio durante il decorso della infezione tifoide sono varie e alcune relativamente frequenti, altre rare o eccezionali.

Quello che è rimasto per molto tempo oscuro, e per alcuni è ancora controverso, è la loro eziologia; se, cioè, tali lesioni si debbano considerare come specifiche, dovute al bacillo di Eberth, o provocate da infezioni secondarie.

Nel *laringe*, per azione diretta dei germi tipici o dei loro veleni, si verifica l'infiltrazione dei follicoli linfatici sino all'ulcerazione, che con l'associazione spesso di infezioni secondarie, proveniente da germi della cavità boccale, può arrivare a quella gravissima forma morbosa che è il laringo-tifo.

Sui *bronchi* — che così spesso sono colpiti specie nella prima settimana dell'infezione — il veleno tifoso, secondo Claisse, provoca delle lesioni distrofiche, che formano un terreno assai adatto allo sviluppo di vari germi (streptococchi, stafilococchi, ecc.).

Nei *versamenti pleurici*, che talvolta si verificano nella infezione tifoide, è stato isolato il bacillo di Eberth in coltura pura, talvolta anche associato al pneumococco (Siredey).

Nei processi *pneumonici* o bronco-pneumonici il bacillo di Eberth è stato isolato dall'escreato o dal succo polmonare (Jehele, Brühl, Tollemer, Hoffmann, Fränkel, Potain, Anestamoff, Harlinski, Lucatello, Stuhlern, Dieudonné, Jäger, Busquet, ecc.). Ma oltre di questi casi in cui col bacillo di Eberth si trovavano associati altri germi patogeni: il diplococco, lo streptococco, lo stafilococco, sono stati descritti casi nei quali dal succo polmonare si è potuto isolare il bacillo di Eberth in coltura pura: tali sono i casi di polmoniti lobari e lobulari descritti da Foà e Bordoni Uffreduzzi, Maragliano, Chantemesse e Widal, Mya e Belfanti, Guyot, ecc.

Però anche in questa seconda serie di casi non si è data al bacillo di Eberth l'importanza principale come elemento eziologico, essendo comune l'opinione che, data la estrema labilità del pneumococco, non si poteva escludere assolutamente che non si dovesse ad esso principalmente la produzione del processo morboso. Ma contro questa obbiezione sta il caso di Guyot, che potè isolare il bacillo di Eberth dal succo polmonare attinto entro le 24 ore dall'esordio dei sintomi polmonitici.

Anche noi abbiamo isolato in tempo relativamente recente dall'esordio dei fenomeni di bronco-polmonite (in 3ª giornata) e 24 ore dopo che si erano manifestati i fatti di addensamento polmonare, il bacillo di Eberth in coltura pura. Per ciò non esitiamo ad escludere l'ipotesi che a provocare la lesione del polmone sia stato il pneumococco. Tanto più che il nostro reperto è stato ottenuto in 26ª giornata dell'infezione tifoide, cioè in quel periodo tardivo di essa quando è più facile riscontrare il bacillo di Eberth nel sangue circolante, e quindi la facile possibilità che esso si localizzi in organi extra-intestinali. Per questa circostanza principalmente ci è parso non inutile di fare oggetto di pubblicazione il caso presente. Il quale richiama la nostra attenzione anche sopra un altro ordine di considerazioni.

Mosny ha distinto tre forme cliniche di bronco-polmonite corrispondenti a forme anatomo-topografiche determinate: la bronco-polmonite lobare disseminata, la bronchite capillare, la forma pseudo-lobare.

L'A. (che, a differenza di quanto aveva ammesso nella monografia sulle bronco-polmoniti,

accetta nel capitolo dettato su tale argomento nel recente « Trattato di medicina e terapia » di Brouardel e Gilbert, il concetto dell'origine polimicrobica della bronco-polmonite) accennando in questo ultimo lavoro alle bronco-polmoniti di *origine intestinale, provocate,* cioè, dal trasporto di microbi intestinali per via sanguigna, scrive che queste sono *epatizzazioni disseminate*, non vere *bronco-polmoniti*, che sono *infiammazioni bronco-alveolari risultanti dall'arrivo dei microbi al lobulo « per via aerea »*. Accetta, però, l'esistenza di una *bronco-polmonite tifica* durante il decorso di una infezione tifoide (20°-40° giorno di malattia) che presenta spesso la forma *pseudo-lobare* e frequentemente suppura.

L'A., supponiamo, deve ammettere che questa bronco-polmonite sia provocata dal bacillo di Eberth penetrato per via aerea, salvo che non intenda parlare di una bronco-polmonite non specifica, nel qual caso non sarebbe esatto dire bronco-polmonite *tifica*.

Ora, noi non insistiamo sull'errore e sulla confusione che a nostro parere si contiene in tale concetto. Vogliamo solamente rilevare che la nostra osservazione clinica ci autorizza ad accettare il concetto: che *le differenti modalità di localizzazione delle alterazioni polmonari non rappresentino per sè sole determinate forme cliniche,* non solo perchè, come giustamente osservò Maragliano, prescindendo dai fatti fisici che si modificano in ordine ad esse, queste tre varie modalità non hanno fisonomia chiaramente definita, riguardo alla febbre, alla gravità, ecc.; ma anche perchè le localizzazioni anatomo-topografiche rispetto al processo anatomo-patologico sono variabili nello stesso soggetto, per cui mentre in una parte del torace abbiamo la forma pseudo-lobare della bronco-polmonite, in un'altra parte abbiamo la forma disseminata o la bronchite capillare, se pure non accade che queste varie forme si sviluppino successivamente nello stesso ammalato.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 16 maggio 1911.

Uffreduzzi. *L'operazione di Franke per via endotoracica.* — L'A. ha in corso delle esperienze tendenti a dimostrare la possibilità ed i vantaggi di eseguire l'operazione di Franke per le crisi tabetiche seguendo la via endotoracica. Le difficoltà create dalla profondità della breccia operatoria, il pericolo dell'apertura involontaria della pleura, la necessità di fare operazioni in due tempi sono inconvenienti inerenti alla via abitualmente seguita. La via endotoracica all'infuori dell' apertura volontaria della pleura, facilmente sopportata coi mezzi moderni (insufflazione tracheale, camere di Sauerbruch, ecc.) non presenta alcun inconveniente rispetto alla precedente e rende più facile la scoperta del nervo ed il suo isolamento centralmente.

Uffreduzzi e Giordano. *Ricerche sperimentali sulla chirurgia dell'aorta toracica discendente.* — Gli AA. hanno fatto mediante l'uso dell'apparecchio per l'insufflazione intratracheale continua numerose esperienze sulla chirurgia dell'aorta toracica, praticando suture parziali, totali e piccole resezioni.

Hanno in corso altre esperienze su sostituzioni di perdite di sostanza della parete arteriosa con fascia lata, lembi di dura madre, ecc.

Colla tecnica adottata anche le suture circolari complete e le piccole resezioni vengono tollerate bene dagli animali. L'occlusione del lume arterioso deve venir fatta con pinze speciali e non protrarsi oltre i 12-14 minuti, in ogni caso mai oltre i venti. Le lievi paresi del treno posteriore, se la durata dell'ischemia è limitata al tempo suddetto o non si verificano o sono passeggere. Pur tenendo conto delle grandi differenze esistenti tra le pareti vasali sane su cui si esperimenta e quelle alterate da fatti patologici, è tuttavia dimostrato che all'aorta toracica discendente sono applicabili i metodi più recenti di cura delle lesioni vasali, specialmente per quanto si riferisce agli aneurismi.

Poggio. *Tetania infantile ed opoterapia tiroidea.* — Una donna di 30 anni che dall'età di 12 anni soffriva di tetania, in pochi giorni ebbe la scomparsa di tutti i fenomeni morbosi con la somministrazione prima di compresse di ghiandola tiroide, poscia con l'innesto di un pezzo di al-

cuni cmc. di pura ghiandola tiroide tolta ad una basedoviana. Nessuna efficacia della somministrazione paratiroidea.

Quarelli, in un caso di *tetania associata ad insufficienza tiroidea*, mentre era fallito l'intervento opoterapico paratiroideo, gli accessi tetanici scomparvero e si mantengono assenti da tre mesi in seguito all'innesto di tiroide proveniente da una donna affetta da m. di Basedow.

Ponzo. *Interpretazione radiologica dello stomaco a clessidra.* — L'A. presenta quattro radiografie di stomaco a clessidra organica diagnosticati all'esame radioscopico e radiografico, dei quali due dovuti ad ulcera, due a carcinoma e controllati all'operazione.

La diagnosi differenziale radiologica tra stomaco a clessidra da ulcera e stomaco a clessidra da carcinoma si basa sulla diversa forma della clessidra nei due casi. Nell'ulcera la sacca superiore è a forma di bisaccia, la sacca inferiore spostata a destra e medialmente rispetto alla prima, il tratto stenosato di unione è brevissimo o tortuoso a S. Nel carcinoma la sacca superiore è imbutiforme, il tratto di unione stenosato rigido verticale non deformabile. Sintomo importante per l'ulcera è la presenza di una nicchia nella parete gastrica al livello della stenosi. Il tempo di riempimento ed il tempo di vuotamento dello stomaco a clessidra non presentano sufficienti caratteri differenziali tra ulcera e carcinoma.

Seduta del 23 maggio 1913.

Quarelli, in 14 *casi di pleurite tubercolare* ha visto scomparire completamente il versamento pleurico in seguito all'iniezione endopleurica di piccole dosi di tubercolina.

PIETRO SISTO.

Società medica chirurgica di Bologna.

Adunanza del 22 maggio.

G. **Dagnini** (medico primario dell'Ospedale Maggiore e docente di patologia medica). *Sopra un caso di bradicardia da dissociazione atrio-ventricolare* (2ª comunicazione). — Porta nuovi risultati dello studio sopra il caso del quale riferì altra volta (cfr. *Policlinico*, fasc. precedente). Dimostra con vari tracciati come la somministrazione di atropina, l'inalazione di nitrito d'amile, il movimento moderato accelerassero le contrazioni degli atrii mentre lasciavano immodificato il ritmo lento dei ventricoli. Doveva perciò concludersi che tanto la paralisi del vago quanto lo stimolo degli acceleratori, prodotto dall' abbassamento della pressione arteriosa (nitrito d'amile) o dai movimenti muscolari, dovessero agire sul ritmo automatico del seno mentre su quello dei ventricoli non dovessero esercitare alcuna influenza.

Nei movimenti forzati del corpo si notava un aumento analogo di frequenza delle pulsazioni atriali, ma il ritmo ventricolare assumeva la forma bigemina. A tale bigeminismo il Dagnini attribuisce un'origine meccanica non solo perchè era facile supporre che le resistenze periferiche fossero accresciute e che per l'acceleramento delle pulsazioni degli atrii i ventricoli ricevessero una maggiore quantità di sangue e le loro pareti si trovassero sotto un'abnorme tensione, ma anche perchè il bigeminismo (la cui durata era sempre di parecchi minuti) scompariva istantaneamente e costantemente col diminuire le resistenze periferiche mediante l'inalazione di nitrito d'amile.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 2 giugno 1913.

V. **Porcile** (Clinica chirurgica). *Sopra due casi di asportazione totale del laringe.* — L'O. illustrando due casi da lui operati mette in rilievo per l'uno la grande estensione del processo morboso « carcinoma » che comprendeva oltre il laringe parte del faringe a destra, il pavimento e la base della lingua e numerosi gangli linfatici delle regioni sternocleidomastoidea e sottomascellare. L'asportazione potè essere fatta completa e il paziente sopravvisse sei giorni soccombendo per una broncopolmonite. L'altro caso merita considerazione per la sua particolarità, inquantochè presentava sintomatologia, decorso e alterazioni obbiettive tali da lasciar credere non dubbia la diagnosi di neoplasia mentre poi l'esame istologico condusse a riconoscere la natura tubercolare della lesione. Questo paziente sopravvisse e in oggi sta bene e si nutre spontaneamente.

C. **Ganfini** (Istuto anatomico). *Varietà di genitali maschili esterni.* — L'A. presenta vari preparati di organi genitali maschili esterni che dimostrano alcune interessanti anomalie.

G. **Fravega** (Istituto patologia medica). *L'applicazione delle correnti ad alta frequenza nelle malattie acute da infezione.* — L'A. dopo aver esposto le varie proprietà fisiologiche delle correnti ad alta frequenza, il loro potere antitossico e bactericida, riferisce le osservazioni fatte in collaborazione col dott. C. Firpo che ideò un apparecchio di facile trasportabilità e applicabile al letto dell'infermo. Descrive dettagliatamente tale apparecchio e illustra i casi clinici nei quali

fino ad oggi ha esperimentato l'azione delle correnti ad alta frequenza (un caso di setticemia diplococcica, un caso di infezione malarica, quattro casi di infezione tifoide) asserendo che i risultati ottenuti furono assai soddisfacenti, per cui crede di poter affermare la possibilità di usare con efficacia un tale trattamento nelle malattie acute da infezione.

SEGÀLE.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta 6 giugno 1913.

Presidente: Comm. prof. G. Cesari.

Prof. **E. Cavazzani**. *Sulle variazioni dell'eccitabilità elettrica della corteccia cerebrale del coniglio in condizioni normali e diverse dal normale.* — Normalmente la corteccia si mostra eccitabile nel centro n. 7 dello schema del Fenier da correnti faradiche espresse in 17-34 unità Kronecker. Dopo il taglio del simpatico la soglia di eccitabilità si trova con concorrenti di 14-30 unità e rispettivamente di 16-19 a seconda che il taglio è fatto immediatamente o qualche giorno prima. La chiusura delle carotidi a simpatico integro modifica di poco la eccitabilità originaria abbassondone o innalzandone la soglia di due, quattro unità al più. — Se il simpatico è stato reciso poco prima, la chiusura stessa è seguita costantemente da innalzamento della soglia financo di undici unità. Se il simpatico è stato reciso da qualche giorno, la chiusura delle carotidi è seguita invece da modico abbassamento della soglia.

L'O. discute questi risultati e mette in evidenza come il più importante l'abbassamento della soglia che segue alla chiusura delle carotidi quando i simpatici siano stati tagliati: trova in ciò conferma ai suoi studi antecedenti sull'innervazione dei vasi cerebrali per parte del simpatico, e come fatto nuovo indica l'influenza del simpatico sulla eccitabilità elettrica della corteccia cerebrale, che con tutta probabilità si esplica attraverso a condizioni di vasomozione.

Prof. **Simonini** a nome della dottoressa **G. Vastano**. *Sopra un caso di idropneumotorace in una bambina di 13 mesi.* — La bambina presentava all'esame obbiettivo tutti i segni di una raccolta pleurica idroaerea, e fu fatta diagnosi di idropneumotorace saccato, la quale venne poi confermata sia dall'esame radioscopico che dalla puntura esplorativa. Tale affezione nel bambino è molto rara e la diagnosi ne è difficilissima, specialmente poi in quanto concerne la diagnosi differenziale con l'ernia diaframmatica che si accompagna quasi sempre a disturbi intestinali più o meno gravi e che esisteva in modo cronico nel caso in discorso.

L'O. quindi si sofferma sulla semeiologia dell'idropneumotorace, specialmente sulla percussione e sull'opinione dei vari autori circa il suono che si ottiene in corrispondenza delle raccolte pleuriche idrogassose saccate o no, quindi sull'ascoltazione, e discute specialmente sul rumore di glou-glou e di goccia cadente, che furono riscontrate nella bambina.

Poichè non è possibile confondere il reperto dato da un idropneumotorace con quello di alcun'altra affezione dell'apparato respiratorio, non v'è da fare altra diagnosi differenziale che con l'ernia diaframmatica, che per l'affinità del reperto nelle due lesioni, ma ancora perchè nel bambino non sono assolutamente praticabili quegli artifici consigliati da Maragliano, Litten ed altri per l'adulto.

Di maggior utilità pratica può essere l'esame radioscopico che nel caso surriferito confermò pienamente la diagnosi come la confermò la puntura esplorativa che non portò però alcuna modificazione nelle condizioni locali e generali della bambina, che dimessa dalla Clinica venne a morte qualche mese dopo per gastro-enterite subacuta.

Prof. **G. Simonini**. Sempre per la dottoressa **G. Vastano**. *Risultati ottenuti coll'allattamento artificiale nel Riparto Aiuto Materno nel 1° anno del suo funzionamento.* — Dopo aver esposto quali scopi si prefigga l'Aiuto Materno dell'Istituto Pediatrico Siligardi, e quali siano le condizioni materiali dei bambini che ad esso vengono ammessi, accenna rapidamente al metodo della sterilizzazione del latte ed alla temperatura, adottato dal prof. Simonini per il suo Istituto e che dalla maggior parte degli autori è oggidì ritenuto il migliore ed il più sicuro, poichè non altera affatto il latte nei suoi componenti essenziali anzi lo rende maggiormente digeribile assimilabile che non il latte crudo, e sterilizzandolo completemente in modo sicuro, fa che esso sia del tutto innocuo anche per i lattanti più piccoli e gracili

Espone quindi le osservazioni fatte su oltre settanta bambini, ammessi nel decorso anno all'Aiuto Materno, i quali devono almeno una volta al mese recarsi ad una consultazione nella quale non solo vengono pesati per constatare se l'accrescimento somatico si compie regolarmente, e visitati accuratamente per assicurarsi sul loro stato di salute, ma ancora le madri ricevono nel modo più semplice e pratico quei consigli igienici e dietetici che possono aiutarle nell'allevare i bambini il meglio possibile.

Da tali osservazioni risulta come lo accrescimento è stato in quasi tutti questi bambini regolare quanto quello degli allattati al seno, anzi gli atrofici e i denutriti hanno presto migliorato; non si sono verificati quei disturbi a carico dell'apparato digerente che assai facilmente si hanno coll'allattamento artificiale, e tanto meno malattie vere e proprie di detto apparato, come pure nessuna di quelle malattie che da alcuni si attribuiscono all'uso del latte sterilizzato, quali l'anemia, lo scorbuto, il rachitismo, le infezioni settiche, ecc.; sibbene in tutti indistintamente il miglioramento rapido delle lesioni preesistenti e lo stabilirsi delle migliori condizioni di salute e di nutrizione. C. GAZZETTI.

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Sedute del 2 e del 18 giugno,

Boni I. *Contributo alla cura della leucemia col benzolo.*

L. Castellani. *Adeno-carcinoma nasale con diffusione alle vie lacrimali.* — Dopo aver messo in evidenza la rarità dei tumori adenomatosi delle fosse nasali, l'A. descrive un caso da lui osservato nel quale la diagnosi clinica venne turbata dalla presenza di voluminosi tumori poliposi e che potè venire effettuata solo al microscopio dopo l'ablazione dei polipi e quando il tumore in questione era già stato chirurgicamente asportato mediante lo svuotamento delle cavità nasali.

Dal punto di vista istologico interessano i fatti degenerativi dovuti, secondo l'A., all'azione compressiva dei polipi, riscontrati nello spessore del tessuto neoplastico. Il tumore doveva essere dapprima un adenoma che subì in seguito una trasformazione carcinomatosa.

Il caso presentato dimostra per la prima volta la diffusione alle vie lagrimali delle neoplasie nasali: infatti in esso si ha che l'adeno-carcinoma, guadagnato il canale naso-lagrimale, si è portato all'angolo interno dell'occhio sovrapponendosi alla caruncola lagrimale.

L'età e le condizioni speciali del soggetto hanno sconsigliato da un ulteriore e più completo, ma certamente più grave intervento, di modo che l'A. si limita a discutere l'opportunità degli atti operativi proposti per la cura radicale di alcune malattie del sacco e del canale lagrimale.

G. Guerrini. *Di un metodo facile e rapido per la valutazione della vitalità dei tessuti.* — Il metodo si basa sulla proprietà, nota, dei tessuti viventi di decolorare il bleu di metilene. L'A. fa vivere per un certo tempo i tessuti in esame in una soluzione titolata (in soluzione fisiologica) di bleu di metilene medicinale e dal punto di decolorazione raggiunto dalla soluzione valuta il grado di vitalità dei tessuti. Per stabilire numericamente il punto di decolorazione raggiunto dalla soluzione, l'A. ha ideato un apparecchio (costruito dalla ditta Koristka) in cui una soluzione colorata di titolo noto, costituisce un diaframma liquido di spessore regolabile a volontà fra due vetri paralleli. Si gradua lo spessore del diaframma liquido sino a che il punto di colore della soluzione che lo costituisce, osservato per trasparenza, sia reso identico a quello della soluzione in esame. Si legge, allora, su una scala, di cui l'apparecchio è fornito, il valore in 1/10 di mm. dello spessore del diaframma liquido e ciò vale come espressione numerica ai dati raccolti dall'esame. C.-B.

Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Seduta 22 giugno 1913.

C. Marocco. *Semplificazione della pubiotomia e tentativi per mantenerne duraturi gli effetti.* (Nota preventiva). — L'O. rivolge un memore quanto deferente omaggio alla memoria del dott. Gigli. Ringrazia la direzione dell'Istituto Anatomico ed il prof. Vitali per la liberalità e l'assistenza avuta sulle prove ivi eseguite.

Al direttore della Clinica chirurgica ed alla premurosa cooperazione degli aiuti nelle ricerche istituite, al prof. Barduzzi ed al prof. Patella che mise a sua disposizione due locali per raccogliere parte del suo materiale, esprime i sensi del suo animo riconoscente; gode di veder presente il chiarissimo prof. E. Falaschi che presenziò alle ripetute prove all'Istituto anatomico.

La sua comunicazione preventiva consta di due parti. La 1ª di tecnica, la 2ª sperimentale. La 1ª la ritiene completa; la 2ª trovasi al suo inizio. Presenta agli egregi colleghi un porta-aghi fissatore a tre usi, come guida dell'ago che deve portare con sè il filo-sega; come suo cotrattore al suo apparire fra il tubercolo e la spina del pube; e come comune porta-aghi da sutura. La sua fresa si presta ad una doppia impugnatura dell'ago, con cui si accorda, a mezzo di scannellatura e corrispondente bottone, *da renderne impossibile* la benchè minima rotazione. Presenta gli aghi con curva speciale ben definita, che venne mano, mano studiata nelle prove sul cadavere. L'ago perfissore, della lunghezza di circa 14 centimetri è nella sua porzione estrema sottile e acuminato, per oltre due centimetri quasi diritto.

Nella sua porzione mediana la curva è abbastanza accentuata per divenire diritta nell'ultima parte cilindrica, o quasi, che termina coll'uncinetto rientrante per la maglia del filo-sega e provvista ai lati di due piccoli solchi in cui si fissa al bottone del fissatore.

Con tale istrumentario modestissimo la pubiotomia riesce quasi incruenta e del tutto sottocutanea, perchè al filo-sega, senza preparazione alcuna di dieresi chirurgica fa la strada l'ago descritto, perfettamente dominato dall'operatore; ed il breve tragitto si compie con semplice distrazione di tessuto. La via d'ingresso per l'O. è la inferiore, poichè il tratto inferiore retropubico è il più insidioso e resistente.

Il dito della mano sinistra che segna il punto di infissione al tubercolo sottopubico, può spostare i tessuti soprastanti all'osso, comprimerli favorendo l'innocente infissione dell'ago, la tempera del quale ci garantisce da qualsiasi rottura. Di ciò l'O. volle rendersi conto ripetutamente, sottoponendolo a sforzo esagerato contro l'osso; si piegò ma mai si ruppe.

Ha ridotto la parte attiva del filo-sega alla porzione mediana per salvaguardare i tessuti esuberanti, edematosi e varicosi. La pubiotomia del Gigli *a cielo aperto* fu accompagnata — e non di rado — da accidenti che intiepidirono gli ostetrici verso questo prezioso soccorso nei casi nei quali, l'allargamento della cinta pelvica nel suo distretto superiore è la — *conditio sine qua non* — dello sgravo.

Gli accidenti poco simpatici e le sequele disastrose a tale intervento, non tenendo conto dei fatti infettivi contro i quali ci si protegge in oggi efficacemente, devono essere addebitati alla emorragia e alla sorte tardiva degli ematomi in secondo tempo formatisi, facili evenienze della preparazione chirurgica che venne seguita nel più dei casi; poichè in sopraparto le cose procedono e si presentano ben diversamente di quanto non tocchi in una comune operazione chirurgica, donde ne viene la loro speciale interpretazione. La sezione dell'osso e la integrità dei tessuti che lo circondano sono una garanzia attendibile di successo. L'applicazione del forcipe oltre la portata della sua vera indicazione ed i progressivi trionfi del taglio cesareo hanno « *erosa* » la zona di spettanza della pubiotomia, di questo prezioso intervento tanto benefico alla madre e al nascituro. Tutte le indicazioni di intervento ostetrico in oggi sono ben precisate. Il taglio cesareo, lasciando alla pubiotomia il dominio che le spetta, guadagnerà col suo prestigio e nella sua non indifferente imponenza. Gli effetti tardivi degli effetti immediati da compressione con il forcipe non possono avere una statistica dimostrativa; ma quelli immediati, coi non pochi casi illustrati possono far meditare sull'argomento. Di ciò l'O. si occuperà nel lavoro completo, quando anche la 2ª parte sperimentale sarà ultimata. Di questa 2ª parte non può per ora che presentare una radiografia di due conigli, uno trattato dopo la pubiotomia coll'iniezione di parafina; l'altro pure pubiotomizzato tenuto per controllo. La paraffina é sostanza che si può sterilizzare facilmente e per la temperatura alla quale diventa liquida ha azione emostatica. L'O. si affida a questa iniezione per impedire la formazione del callo osseo: Se gli esperimenti in corso risponderanno affermativamente si potrà con fiducia praticare la pubiotomia nella gravidanza a profilassi eutocica. Su ciò l'O. non intende di fermarsi poichè in ostetricia le eutocitosi preventive sono sempre di difficile applicazione pratica.

Nella radiografia si vede nettamente la zona di interruzione ossea, dove agì la paraffina in ottava giornata dalla pubiotomia; nel coniglio di controllo l'osso si vede già tutto fuso. L'O. ritiene che la pubiotomia nella maniera descritta potrà essere alla portata dei pratici e riguadagnare quel giusto riconoscimento che per il momento, checchè se ne dica, non gode; anzi, eccettuata qualche rara attuazione in clinica, si può dire che nella pratica sia sulla via del « Bando »; mentre il ben giustificato entusiasmo del Gigli con alto senso umanitario, ne caldeggiava i grandi vantaggi per la madre e per il suo portato. Come insegna la storia per molti altri benefici interventi che perfezionatisi rapidamente si diffusero; ad es. l'emiotomia — così l'O. si augura possa ad indicazione ben precisata fra il forcipe ed il taglio cesareo, succedere per la pubiotomia, a favore della quale sta dedicando il suo modesto contributo.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Contributo sull'azione del permanganato di potassa per iniezioni ipodermiche nelle punture delle vipere

per il dott. GRAFFAGNINI NICOLA, medico-condotto già assistente agli Ospedali di Roma.

Il giorno 15 corrente maggio, alle ore 14, mi è stato portato in Roccantica il ragazzo P., di anni 8, pecoraio, per una puntura di vipera.

Anamnesi negativa, nulla dal lato ereditario, buone condizioni di sviluppo e di nutrizione.

Il paziente verso le ore 13, mentre se ne stava sdraiato per terra insieme ad un fratello minore, presso lo stazzo, in montagna, è stato improvvisamente morso da un vipera alla regione temporale sinistra a circa 3 cm. dall'angolo esterno dell'occhio.

All'*esame obbiettivo* si nota: edema della regione temporale sinistra e delle palpebre; però ancora è possibile la divaricazione di esse. Essendo oramai trascorsa più di un'ora, reputo inutile l'apertura e la causticazione delle ferite, e pratico invece degli impacchi localmente di permanganato di potassa in soluzione all'1 per mille, e somministro 5 gocce di ammoniaca *per os*.

Dopo qualche ora, l'edema si diffonde alla regione temporale sinistra, all'occipite, alla guancia e al collo in modo da raggiungere la clavicola. Il bambino accusa sonnolenza, l'edema si fa violaceo, la temperatura si eleva a 39°. Verso sera l'edema guadagna tutta la testa, si diffonde nel viso anche a destra, scende al torace anteriore e posteriore sino all'apofisi sternale. Durante la notte temperatura alta, vomito, delirio, secrezione renale soppressa (vescica vuota) polso 145, toni cardiaci debolissimi, respiri 40.

Iniezioni di canfora, ammoniaca *per os*.

Al mattino seguente insorgono fatti di edema polmonare e edema della glottide, la deglutizione è quasi impossibile, pelle arida, cianosi diffusa.

Allora pratico delle iniezioni di permanganato di potassio in soluzione sterilizzata 1 per mille, una alla guancia sinistra, una alla regione sopra e una alla sotto-clavicolare, non che delle scarificazioni su tutta la superficie edematosa.

Nel pomeriggio infuso di digitale e altre iniezioni eccitanti. Verso sera pratico un clistere di glicerina e ottengo una defecazione abbondante, l'emissione di poca urina densa, commista a sangue, dopo leggera sudorazione.

Il giorno appresso (3°) le condizioni generali sono meno gravi, diminuiscono i fatti di edema polmonare, la deglutizione è possibile, insisto nella somministrazione di ammoniaca e digitale.

Al 4° giorno, purga di solfato di sodio, la febbre diminuisce per cessare verso sera, il sensorio si fa più integro, può l'infermo divaricare leggermente le palpebre di ambedue gli occhi, l'edema incomincia a diminuire, lasciando diffuse emorragie sottocutanee, l'urina si fa abbondante e continua, minore quantità di corpuscoli sanguigni, la nutrizione è possibile, il polso scende a 100, i respiri a 28.

Al 3° giorno può dirsi completamente guarito, lascia il letto; non rimane che leggera tumefazione alla regione parotidea sinistra e larghe chiazze ecchimotiche alle guance, al collo e al torace; l'urina è normale.

Da quanto ho detto, oltre alla cura generale atta a sostenere le forze del cuore, ritengo che:

1° Il permanganato di potassa introdotto per iniezioni ipodermiche può attenuare il veleno della vipera, permettendone, così reso meno tossico, l'eliminazione attraverso i reni e la superficie cutanea.

2° Che il rimedio può anche esplicare la sua azione attenuante, anche dopo 24 ore della penetrazione del veleno.

Il permanganato di potassa è stato adoperato con buoni risultati per iniezioni ipodermiche in casi di avvelenamento da morfina, oppio, curaro e fosforo da Kòssa, Erdos, Antal, Wolker, Körner, e nelle punture di vipere da Lacerda e Barba, ma questi si sono limitati ad iniettarlo subito e nei pressi delle ferite (punture).

Roccantica (Perugia).

CASUISTICA e TERAPIA

Definizione delle artropatie nervose.

Etienne e Perrin (*Le Paris méd.*, 14 dicembre 1912), sul significato della parola artropatia seguono i concetti divulgati da Landouzy. Artropatia indica un'*affezione articolare* qualunque sia la sua natura, *non una malattia*, che indica un processo morboso riguardato nella sua evoluzione. L'affezione articolare o artropatia è riguardata invece nelle sue manifestazioni attuali; la paroia artropatia è un termine generico con affezione; è necessario perchè sia completato l'epiteto etiologico.

Charchot correttamente da lungo tempo avea designato le artropie nervose definendole: come artropatie che sembrano dipendere da una lesione del cervello o del midollo spinale. Egli precisò le relazioni tra causa ed effetto parlando più esattamente di artropatie tabetiche, siringomieliche, ecc. Artropatia tabetica deve significare quindi un'artropatia dipendente dalla tabe; non un'artropatia che insorge in un tabetico. Vero è che discussioni esistono ancora sulla patogenesi delle di artropatie tabetiche (p. es. Strumpell: sifilitica, Wolkmann: traumatica, Wichow: deformante), ma attualmente tale nome si vuole

riservare alle artropatie d'origine trofica, che hanno la loro causa e il loro fondamento in una lesione midollare o neuritica.

Tale nozione ha per fondamento le constatazioni anatomo-patologiche fatte da Charcot e Joffroy, sull'atrofia di determinate cellule delle corna anteriori e posteriori; in seguito sono venute le conferme di Pierret, di Etienne e Pautois di Etienne e Champy, di Scaffer e di Massalongo e Vanzetti.

L'artropatia nervosa può essere considerata come un disturbo trofico legato alla lesione di certi gruppi cellulari delle corna anteriori:

a) lesioni essenziali (cellulite constatata in certi casi d'artropatie complicanti l'atrofia muscolare di Aran-Duchenne, di sclerosi laterale amiotrofica);

b) lesioni per ripercussione sulle cellule delle corna anteriori di disturbi a carico dei neuroni sensitivi e del simpatico, l'azione dei quali è trasmessa a quelle cellule delle corna anteriori per mezzo delle fibre sensitivo-motrici di Ramon y Cajal o collaterali riflesse di Kolliker; tale fascio di comunicazione può essere tagliato per l'estensione d'un glioma nel colletto della sostanza grigia nell' artropatia siringomielica; può esser leso direttamente nella tabe (artropatia tabetica);

c) lesioni per ripercussione d'un'azione nervosa centrale (artropatie dei paralitici progressivi non tabetici).

Artropatia nervosa è termine generale, artropatia tabetica, siringomielica sono termini specificati di casi particolari.

In questi casi diversi v'è però identità di forma clinica sia nel tipo atrofico, sia nel tipo ipertrofico; la loro patogenesi è simile sebbene differisca nelle modalità.

Concludendo gli AA. credono che il nome di artropatia nervosa, tabetica si convenga alle alterazioni articolari che sono in diretta dipendenza della lesione nervosa, della lesione tabetica. Le alterazioni articolari le quali sopravvengono sotto influenze estranee non sono artropatie nervose; esse meritano soltanto il nome di artriti in un tabetico, in un mielopatico, ecc., col qualificativo etiologico che conviene a specificare ciascun caso particolare. *t p.*

Sulla terapia del reumatismo articolare acuto.

Dorner osserva (*Med. Klinik*, 1913, n. 13) che nella terapia del reumatismo articolare acuto possono venire adoperati i seguenti preparati:

1° *Antipiretici.* — La cura salicilica è tutt'ora la preferita da parte del maggior numero dei medici. In genere si somministrano 6-10 gr. al giorno, per bocca, di salicilato di sodio, a intervalli di 1-2 ore; qualcuno preferisce la via rettale. In luogo del salicilato può somministrarsi l'aspirina. Secondo Mackey l' aggiunta di bicarbonato di sodio (in dose doppia) ai preparati salicilici giova notevolmente a impedire l'endocardite. Per i casi nei quali il salicilato e l'aspirina vengono male sopportati o sono controindicati (ad es.. per nefrite cronica) sono stati proposti altri antipiretici. Heller raccomanda l'atophan in dose di 5 gr. al giorno; ma questo rimedio ha avuto buon risultato solo nei casi molto acuti. Löhning loda la melubrina, un derivato dell'antipirina, su cui anche altri autori hanno espresso opinione favorevole (Schrenk, Rödel, Krabbel, ecc.).

Ma da qualche anno sono sorte molte voci contro la terapia antipiretica; e v'hanno non solo autori i quali negano che essa sia utile, ma anche altri i quali affermano che essa può riuscire nociva (Menzer). Ciò spiega come vari medici abbiano ricorso a un secondo gruppo di medicamenti, cioè agli

2° *Antisettici.* — Nel 1898 Singer raccomandò di trattare il reumatismo articolare acuto e l'artride gonorroica con le iniezioni intravenose di sublimato; ma tale proposta non ha trovato consenso. Riebold avrebbe invece ottenuto buoni risultati iniettando per via venosa il collargolo, preconizzato da Credé, nella dose di 4-8 cmc. di una soluzione al 2 %; e anche Schmidt, Withauer, ecc., hanno confermato i benefici effetti di questo medicamento. Spitzer loda l'electrargolo (firma Clin) per via venosa o rettale. I lavori in seguito pubblicati hanno dimostrato che il collargolo può realmente giovare nella cura del reumatismo articolare acuto; ma questo trattamento deve essere riservato ai pazienti degenti negli Ospedali, sia perchè occorre sorvegliare accuratamente e ininterottamente gli infermi, sia perchè la tecnica della iniezione è spesso assai difficile. Non sono state segnalate alterazioni dei reni o del fegato; tuttavia l'A. ritiene che il fegato ne possa venir danneggiato, avendo constatato, 4-6 giorni dopo l'iniezione di collargolo, una urobilinuria che dura talora anche varie settimane.

3° *Sieri e vaccini.* — Molti autori hanno trattato la questione della specificità del reumatismo articolare acuto (Achalm, Leyden, Wassermann, Westphal, Poynton e Paine, Buchanan, Bracht e Wächter, Fraenkel, ecc.), e anzi parecchi di essi hanno creduto di aver trovato il microrganismo specifico. Tuttavia le ricerche accuratamente condotte con i metodi più moderni da Mosler e Valentin, Andreas e Horder non hanno mostrato alcun batterio nelle articolazioni affette, sicchè la questione della etiologia del reumatismo arti-

colare acuto deve tutt'ora venir considerata come non chiarita. Ciò nonostante parecchi ricercatori hanno preparato dei sieri, con i quali avrebbero ottenuto risultati favorevoli (Rosenthal, Menzer). Ramond si è dichiarato contento dei risultati ottenuti in 5 pazienti mediante l'iniezione sottocutanea di siero antimeningococcico. Koch e Petruschki avrebbero ottenuto risultati favorevoli con la vaccinoterapia iniettando culture morte di streptococchi. Buchanan loda gli effetti del vaccino ricavato dal bacillo di Poynton e Paine.

4° *Altri metodi di cura.* — Jackson consiglia di adoperare, nei casi refrattari al salicilato, le iniezioni intramuscolari di solfato di magnesio, alla dose di 4 cmc. di una soluzione al 20-25 %. His raccomanda nei casi persistenti di reumatismo articolare, di far bere o inalare acque radioattive.

5° *Trattamento locale.* — Da molto tempo è uso di avvolgere nell'ovatta le articolazioni affette, lo spalmarle con rheumasan, salicilato di metile, ecc., il praticare la stasi alla Bier. Grosh consiglia le iniezioni intraarticolari di una soluzione all'1 2 % di salicilato di sodio. Championnière loda l'applicazione di aria calda (150-200°) per un quarto d'ora al giorno.

In complesso si può dire che, malgrado i numerosi studi compiuti negli ultimi anni, la terapia salicilica rappresenta ancora il metodo di scelta, sia per la rapidità degli effetti, sia perchè essa è semplice e relativamente poco pericolosa. Nei casi refrattari alla cura silicilica è giustificato tentare la somministrazione di collargolo. La sieroterapia e la vaccinoterapia possono forse dare qualche risultato favorevole, specie nelle forme subacute; ma non possiamo nasconderci che il fondamento teorico di questa terapia è ancora assai malsicuro. Purtroppo nessuno dei metodi di cura finora proposti riesce ad evitare le complicazioni da parte del cuore.

V. FORLÌ

Anestesia delle articolazioni.

Le iniezioni endo-articolari di sostanze anestetiche proposte da Braun Payr non dánno un'anestesia sufficiente ad interventi d'una certa durata, per il rapido riassorbimento della sostanza iniettata da parte della sinoviale.

Deutschländer, per evitare questi inconvenienti, determina un'ischemia dell'articolazione mediante la fascia d'Esmarch, che varrebbe a fare ritardare il riassorbimento del liquido anestetico. Con questo metodo, l'A. dice che si eviterebbero anche le alterazioni chimiche che altrimenti il sangue produrrebbe sulla sostanza iniettata.

Per non avere degli insuccessi, è necessario che l'ischemia sia eseguita con molta cura; l'iniezione di novocaina e soprarenina dev'essere fatta nella cavità articolare, non sulla sinoviale. L'analgesia si ha dopo 5-10 minuti primi. L'iniezione endoarticolare non anestetizza la cute; perciò se si deve fare un intervento cruento, bisogna anestetizzare separatamente la cute.

È necessario che i poteri di assorbimento della sinoviale non siano completamente aboliti, perchè questo metodo possa essere efficace.

I risultati clinici ottenuti sono soddisfacenti.

Fra le altre applicazioni cliniche del metodo, il Deutschländer richiama sopra tutto l' attenzione sulla mobilizzazione di articolazioni rigide. In pazienti sensibili nei quali il più semplice contatto metteva l'articolazione in forte contrattura, che rendeva impossibile ogni tentativo di mobilizzazione, l'A. ha potuto dopo l'iniezione endoarticolare eseguire per 20-30 minuti la distensione sistematica dei tessuti articolari e pararticolari senza provocare alcun dolore (*Centralblatt f. Chirurgie*, n. 11, 1913).

Il Maragliano di Genova è meno ottimista perchè, se i risultati immediati sono indubbiamente sorprendenti in quanto l'articolazione dapprima del tutto immobilizzata può, dopo l'applicazione di questo metodo, divenire capace di movimenti d'una certa ampiezza, i risultati remoti sono lontani dalle speranze che l'esito momentaneo può ispirare. I tessuti soffrono per le iniezioni ripetute, secondo l'autore, e si abituano all'azione della sostanza anestetizzante. (La *Liguria Medica*, 1° maggio 1913).

P. S.

IGIENE

Le ostriche causa d'infezione.

Osservazioni ormai numerose, corredate da minute e diligenti indagini epidemiologiche, hanno assodato che all'ingestione delle ostriche, possono seguire, in rapporto diretto di causa ad effetto, infezioni tifose, paratifose, ecc.

Anche la clinica ha fatto le sue distinzioni sull'argomento dibattuto ed ha stabilito che *le infezioni tifose* da ingestione di ostriche possono presentarsi *in tre forme*: tifo classico, infezione gastroenteritica simile alla botulinica, forma mista in cui alla gastroenterite acuta coleriforme iniziale segue malattia febbrile con predominio dei fenomeni nervosi.

L'incubazione in tutte e tre le forme può essere assai breve, nella forma mista talora fin dal 2° giorno dell'ingestione delle ostriche scoppia bruscamente la sindrome gastrointestinale: ano-

ressia, dolori colici, diarrea fetida, false membrane e sangue nelle feci, talora ipotermia, abbattimento; talora delirio, agitazione, più spesso adinamia, torpore, sonnolenza.

Dopo un periodo di 7 a 15 giorni si delinea il quadro della febbre tifoide, in cui però persistono fenomeni gastro-intestinali, e si aggiungono tachicardia, aritmia, debolezza del polso, tendenza alla sincope. La roseola suole essere estesa e voluminosa, la sierodiagnosi compare tardi, il pronostico è grave.

La ricerca clinica è stata seguita da numerose ricerche bacteriologiche le quali hanno potuto constatare il *b. tiphi, paratiphi A*, Gaertner, *coli* nel sangue dei malati, e la presenza, sebbene non con la frequenza con cui si sarebbe potuto sospettare, nelle ostriche provenienti da luoghi di culture, situati vicino allo sbocco delle fogne.

Espedienti di laboratori hanno pure controllato il facile attecchimento del *b. tiphi* e tifosimili nell'interno delle ostriche e la persistenza per lunghi periodi di tempo dei germi virulenti.

Gravità della malattia e forme speciali sono state attribuite ad eventuali alterazioni dell'ostrica stessa, e alle simbiosi batteriche che può provocare l'insorgenza di infezioni miste.

Prima che le vaccinazioni divengano di uso comune è necessario difendere il pubblico dall'eventuale infezione con disposizioni che stabiliscano vere regole per la cultura delle ostriche, al riparo di inquinamenti, e garanzie che evitino l'ulteriore inquinamento nel trasporto e nello smercio.

t. p.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(128) *Adulterazioni dell'olio d'olivo.* — Il dottor Giuseppe Bertone di Sant'Angelo in Grotte (Campobasso) scrive:

Prego vivamente perchè, con gentile sollecitudine, sulla « Posta degli abbonati » mi si faccia sapere quali sono i mezzi per riconoscere precisamente l'adulterazione dell'olio di olivo con sego e quali per distinguere la stearina vegetale dalla stearina animale nell'olio in parola.

Sono eccezionali le adulterazioni dell'olio d'olivo con solo sevo, con sola stearina vegetale o con sola stearina animale; questi prodotti principalmente sono usati a sofisticare il burro e per preparare dei surrogati del grasso di maiale; dovendosi, anche per questi scopi, impastare i detti grassi solidi o semisolidi con qualche olio vegetale dei semi (sesamo, cotone, arachide, girasole, ecc.).

Se adunque questi grassi vennero adoperati per l'adulterazione dell'olio di olivo, si ricercheranno per intanto gli altri olii dei semi ricordati per mezzo delle loro speciali e caratteristiche reazioni.

In ogni modo la ricerca della stearina vegetale (stearina di olio di cotone, margarina di cotone, ecc.) si fa colle reazioni dell'olio di cotone (Bechi, Milliau, Halphen), ripetendole ancora nel caso di piccole quantità sopra gli acidi grassi liquidi (Tortelli e Ruggeri), e così la determinazione del numero di iodio sopra gli acidi grassi liquidi darà delle ottime indicazioni.

La ricerca della stearina animale (stearina solare, stearina di lardo, ecc.) più difficile a svelare si fa determinando sull'olio in esame molte costanti fisiche e chimiche, come il punto di solidificazione degli acidi grassi, l'indice di rifrazione, il numero di iodio ecc.

Ancora il sevo si dimostra in un olio in esame col determinarne le costanti fisiche e chimiche ricordate per la stearina animale ed ancora all'esame microscopico (per le forme cristalline) degli acidi grassi opportunamente cristallizzati da una miscela alcoolico-eterea.

Per queste ricerche, è necessario che l'esame sia eseguito da persona di speciale coltura chimica-bromatologica.

E. C.

(129) *Cura dell'alopecia totale.* — Profitto anche io della rubrica « Posta degli abbonati » per rivolgere una domanda e per avere un consiglio.

Ho un caso di alopecia totale del cuoio capelluto in una giovane donna che non ha mai avuto affezioni locali, e nemmeno è sifilitica. Ebbe già circa un anno fa, una parziale caduta di capelli, ma dopo una cura locale e di tabloidi di tiroidina (ha qualche segno di tiroidismo) i capelli crebbero benissimo. La cura durò circa sei mesi, ebbe in questo periodo un felicissimo parto e dopo tre mesi da esso ricominciò la caduta dei capelli che è stata totale. Ho ripreso la cura tiroidea e dopo circa quattro mesi il risultato è molto scarso. Devo continuare una tale cura o crede di consigliarmene una diversa?

Può, nel caso speciale, essere tale alopecia in rapporto con i segni di tiroidismo (esoftalmo, parziale ingrossamento della tiroide)?

Grazie vivissime.

Dott. N. D'Alessio.

Supino, 1° luglio 1913.

È probabile che l'alopecia totale del cuoio capelluto, segnalata dall'abbonato, sia in rapporto con le alterazioni della glandola tiroide e, se non vi sono ragioni in contrario, è consigliabile di persistere nell'uso dei preparati di tiroidina.

Localmente si può ricorrere alle cure fisiche (lampada di quarzo). Il Neisser si loda della *crisarobina* e dell'*acido pirogallico* adoperati insieme

sotto forma di unguento o di soluzione (alcool, cloroformio) in concentrazione variabile, dal 0.1 al 10 % a seconda della tolleranza del paziente e con tutte le cautele necessarie, specie per la crisarobina che può dar luogo a gravi dermatiti e congiuntiviti.

V. M.

(130) *Sulla cura dei foruncoli.* — Nella sezione pratica del *Policlinico*, fasc. 22, in risposta a un collega *Sulla cura dei foruncoli*, si raccomandano le ventose alla Bier « per ragioni di opportunità e di estetica riguardanti la regione malata »; ebbene, perchè non rammentare la mia *cura specifica col solfato di rame per bocca*, secondo quanto io scrissi nel medesimo periodico (sezione pratica, 1901)? Non a mio onore, chè con o senza tale piccola scoperta resto sempre un oscuro medico, ma a vantaggio de' sofferenti è bene propagare un mezzo efficacissimo di guarigione.

Con la solita stima del vecchio abbonato 1621.

Dott. FILIPPO ISOLA
185, Sullivan St., New York.

(131) *Sull'ipertensione e la sfigmomanometria.* — Prego dirmi nella « Posta degli abbonati » qual'è il miglior sfigmomanometro per la clinica ed i lavori più recenti italiani o francesi sulla ipertensione e sui rimedi iper- ed ipotensivi.

Sull'argomento esiste una completa biblioteca: per tenersi al corrente rapidamente su tutte le questioni che l'interessano consulti il MARTINET A. *Pressions artérielles et viscosité sanguine*, Masson, Editeur, Paris, 1912, dove troverà raccolte molte indicazioni bibliografiche. P. A.

(132) *Sull'opoterapia.* — Il dott. G. Gandolfo di Triora chiede ampie e dettagliate informazioni sugli agenti opoterapici: indicazioni, sinergia e antagonismo, dosaggio, modalità di applicazione.

Possiamo consigliarle la lettura di un ottimo libro recente sull'argomento: « Médicaments animaux (opothérapie) », della biblioteca Gilbert e Carnot, edita da Baillière et fils, Parigi.

Prossimamente ci occuperemo della questione nella rubrica « Sunti e rassegne ». P.

(133) Il dott. T. R. ci chiede se « La Scuola positiva » si pubblichi ancora.

La « Scuola positiva » di E. Ferri esiste e prospera più che mai. La consiglio. D. S.

(134) Dott. D. P. G., San Cesario (Lecce). — In linea di massima preferiamo non dare indicazioni bibliografiche.

VARIA

Alessio Carrel a Parigi. — I quotidiani frances hanno assicurato a Carrel una pubblicità piuttosto americana, idonea a far diventare losco per l'invidia Doyen e qualcuno dei suoi pallidi imitatori.

I giornalisti parigini vogliono « avvitare » saldamente nelle circonvoluzioni cerebrali dei loro simili che Carrel non è un cittadino degli Stati Uniti, ma un figlio della grande e nobile nazione francese, dottore ed ex-prosettore della Facoltà medica di Lione, generosamente prestato ma non donato all'Istituto Rochefeller di New York (50th street, East, n. 127).

Vedete ove conduce la celebrità: un disegno di Pedro, intitolato « *L'innesto generale* », comparso in un grande giornale a cinque centesimi, raffigura un magazzino d'organi da trapiantare, ove un signore va a procurarsi uno stomaco. Sul banco si vede una larga scelta di visceri svariati, con la designazione dei prezzi, come in una macelleria di provincia. Il tenitore del negozio brandisce con la destra uno stomaco, mentre con la sinistra maneggia un nastro metrico. « Questo mi sembra troppo grande; ho già una dilatazione dello stomaco » dice l'avventore. « Benissimo; proveremo un punto sotto » risponde il morticolo...

***

Mentre tutti si occupano di Carrel sarebbe di cattivo gusto fargli la guerra del silenzio.

Udite dunque le sue ultime imprese.

Di passaggio per Parigi, Carrel ha fatto all'ospedale Broca, nell'anfiteatro del prof. Pozzi, una conferenza nella quale ha esposto da sè le ultime meraviglie delle sue ricerche.

Un uditorio enorme riempiva la sala. Il principe Rolando Bonaparte e il principe Nicolao di Grecia erano mescolati alla folla delle notabilità scientifiche, ed al primo rango, vestito col gabbano di dottore in medicina, si notava Clemenceau, l'ex-presidente dei ministri della repubblica, sempre curioso dei progressi compiuti dalla scienza medica.

Carrel è giovane, di bassa statura, quasi calvo, col volto interamente raso, all'americana, col naso sormontato da una fine lente. Si esprime con calma e precisione; la sua voce netta riempie tutto l'anfiteatro.

Egli espone i suoi esperimenti in ordine cronologico.

Comincia da quelli relativi alle suture delle arterie e delle vene. Spiega poi in qual modo essi gli abbiano consentito di procedere ai ben noti trapianti d'organi, che hanno destato tanta

impressione. In seguito si occupa del suo procedimento nuovo per la trasfusione del sangue, mediante la stomosi temporanea dell'arteria del « trasfusore » e della vena del « trasfuso ». Parla poi dei metodi per la conservazione delle cellule e dei tessuti, degli organi e dei sistemi d'organi. I tessuti e gli organi tenuti a 0°C nel liquido di Ringer possono rimanere vivi per settimane e servire al momento del bisogno per gl'innesti ed i trapianti. Un'applicazione molto pratica di tale procedimento consiste nel conservare frammenti di pelle dei feti provenienti dalle maternità e dalle cliniche ostetriche, per applicarli sulle larghe superfici denudate da scottature o da ulcere varicose, ove, sotto una vernice composta di paraffina e di cera, l'innesto attecchisce benissimo. Si conservano anche frammenti di cornea - i quali già sono serviti a curare certe forme di cecità. Attualmente Carrel cerca di sostituire l'aorta malata con una sana, conservata allo stesso modo e innestata direttamente sul cuore...

Carrel non manca di segnalare anche le ricerche sulla coltura delle cellule e dei tessuti

L'uditorio, trascinato di meraviglia in meraviglia, ha fatto al dott. Carrel un'ovazione entusiasta.

Recentemente decorato dal Governo francese, il giovane scienziato ha visto i suoi lavori ricompensati da un premio Noebel per la fisiologia. Ma nessuna ricompensa, egli ha dichiarato, è giunta al suo cuore come l'accoglienza così calorosa dei suoi compatrioti.

***

Tutto ciò ch'egli ha detto, veramente, non c'insegna nulla di nuovo. Ma che volete: è di attualità. E anche noi non abbiamo saputo resistere alla tentazione di occuparcene. L. P.

(Dalla *Belgique Méd.*).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

BING R. **Lehrbuch der Nervenkrankheiten.** Volume in 8°, pag. VIII-606. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1913. M. 20.

Un precedente libro sulla diagnosi topica delle malattie del sistema nervoso del Bing ha raggiunto in breve due edizioni. Ciò prova l'abilità didattica dell'A. Con l'opera che la Casa Urban e Schwarzenberg ha pubblicato in questi giorni, Bing fa un passo avanti e tenta un *trattato* sulle malattie nervose. Se i dati anatomici costituiscono naturalmente il fondamento dell'opera, essa è invece inspirata ai criteri oggi dominanti in neuropatologia: i criteri etiologici o almeno patogenetici governano la distribuzione della materia, presiedono alla trattazione delle singole malattie.

Oltre al nuovo ordinamento dei capitoli, nel libro del Bing è un esatto studio nosografico e una sperimentata indicazione dei presidî terapeutici.

Il Bing assorge così alla vera clinica delle malattie nervose, e il suo trattato, adorno di belle figure e di utili schemi, accurato nella sua veste tipografica, proporzionato nelle parti e di mole non eccessiva (600 pagine), è un ottimo libro per studenti e per medici pratici. *a. v.*

J. KOWARSCHIK. **Die Diathermie.** Berlin, Julius Springer, 1913. M. 4.80.

In pochissimi lustri la *diatermia* o *termopenetrazione*, fra gli altri mezzi fisici più classici acquisiti alla scienza della terapia, ha trovato il suo posto veramente onorevole, con attributi ed indicazioni già ben determinate. Si può dire che abbia trovato il suo posto fra la termoterapia e l'elettroterapia, in quanto che per essa si utilizza l'energia calorifica che l'elettricità, mediante le correnti ad alta frequenza, sviluppa attraversando tessuti ed organi profondi, finora non accessibili ai più comuni mezzi di termoterapia.

In questo bel manuale, l'A. dopo una breve storia della diatermia, ne svolge la teoria e la dottrina, dà nozione chiara ed esatta della tecnica e dello strumentario, ne esamina le proprietà fisiologiche e le indicazioni terapeutiche e chirurgiche. *p. s.*

G. VITRY. **Traitement de la constipation** 1 op. Paris, O. Berthier, E. Bougault, 1913. Fr. 1.

L'A. si occupa della stitichezza abituale idiopatica (accenna di fuga alle altre forme). Passa in rassegna il trattamento igienico-dietetico, quello fisico, quello farmacologico (quanto meno è possibile !) e quello psichico. A parte si ferma sulla stitichezza puramente spasmodica e su quella dell'infanzia. L. P.

Il fascicolo di luglio 1913 della nostra **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Giovanni Perez** - Sulle cosidette cisti ossee.

II. **Dott. Francesco Purpura** - Sulle tossine delle streptotricee.

III. **Dott. A. Cantilena e Dott. G. Stretti** - Voluminoso corpo estraneo nelle vie aeree; estrazione colla tracheotomia, guarigione.

IV. **Dott. Gustavo Mazzantini** - Gli antigeni per la prova dello storno del complemento nell'echinococcosi.

V. **Dott. Nicola Leotta** - Sulle ferite del cuore.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici stranieri in Francia e in Italia.

Recentemente si è radunata a Parigi la *Ligue médicale française* con l'intervento di numerosi medici e studenti di medicina. L'ordine del giorno recava lo studio delle misure da prendersi per *enrayer* l'invasione dei medici stranieri. L'assemblea votò una mozione contenente i seguenti *desiderata*:

1° Soppressione degli « equivalenti » nelle inscrizioni alla facoltà di medicina. (*Equivalenti* sono i titoli di studio stranieri ritenuti validi e pari al baccalaureato).

2° Modificazioni alle condizioni di ammissibilità degli stranieri ai concorsi dell'internato dell'Assistenza pubblica.

3° Attribuzione ad una Commissione esclusivamente composta di elementi professorali del diritto di decidere sulle istanze presentate da medici stranieri per essere ammessi ad esercitare in Francia.

4° Esclusione dei medici stranieri da ogni funzione medica retribuita dallo Stato, dai Dipartimenti, dai Comuni e dai concessionari di servizi pubblici.

Questa mozione fu approvata all'unanimità.

Il senatore Raymond è stato incaricato dalla *Ligue médicale française*, ed ha accettato, di presentare agli uffici del Senato un progetto di legge concepito nel senso indicato. Quanto sopra si legge nel *Paris Médical*, n. 30, del 18 giugno 1913.

È bene di prender nota di queste manifestazioni di un protezionismo ad oltranza che fuori d'Italia è inteso ad impedire non pure l'esercizio professionale della medicina da parte degli stranieri, ma perfino l'istruzione medica di questi ultimi (con una vera e spietata offesa alla libertà ed universalità della scienza), mentre si assiste ai tentativi degli stranieri di eludere le recenti disposizioni di leggi italiane che tendono a limitare, non ad abolire, il privilegio della libertà di esercizio che essi hanno avuto finora soltanto nel nostro paese. CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Per un concorso medico del Comune di Roma. — I giornali politici della capitale hanno pubblicato articoli e lettere di protesta per un concorso bandito dall'Amministrazione comunale di Roma per il posto del pronto soccorso nel Mattatoio. Il Presidente dell'Ordine dei Medici, dottor Ballerini, ha indirizzata la seguente lettera al dott. commendator Achille Ballori, assessore per l'igiene:

« *Ill.mo signor Assessore,*

« Con sorpresa e rincrescimento ho rilevato dai giornali cittadini che il Comune di Roma ha bandito un concorso interno per il conferimento dell'incarico del pronto soccorso medico nel Mattatoio, consistente nella permanenza nell'ambulatorio *dalle ore* 7 *alle* 15 di tutti i giorni feriali e nelle prestazioni gratuite, per un compenso di lire 100 mensili; questo incarico non esonera l'eletto dagli altri obblighi di servizio derivanti dal regolamento sanitario.

« Mi permetto osservare a V. S.:

« 1° che la più gran parte, se non tutti i medici municipali di Roma hanno nelle ore suddette tali obblighi di servizio che per essi non è possibile assumere l'incarico del Mattatoio, e perciò il concorso assume le apparenze poco simpatiche di un atto *pro forma*, perchè ad esso non potrà partecipare che qualche privilegiato;

« 2° che l'emolumento di poco più di tre lire al giorno per un servizio di *otto ore* di pronto soccorso, in una città come Roma, è così umiliante che io in nome del Consiglio, tutore del decoro dell'Ordine, debbo augurare che non si trovi un medico che si adatti ad aspirarvi.

« Sono sicuro che queste considerazioni sono sfuggite a V. S., la cui equanimità la classe medica romana ha sperimentato in tante occasioni ed in tale certezza m'è grato confermarle la mia alta stima.

« *Il Presidente dell'Ordine*
« E. BALLERINI ».

Copia di tale lettera il Consiglio dell'Ordine ha comunicato alla sezione romana dell'Associazione Nazionale dei medici condotti e all'Associazione fra i medici igienisti del Comune di Roma con il voto che il concorso per il pronto soccorso al Mattatoio vada deserto.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3939) *Obblighi del medico condotto.* — Il Dott. M. S. da I. desidera conoscere se il medico condotto sia tenuto ad eseguire le cure prescritte da altro medico specialista forestiero.

Il medico condotto è obbligato solo ad eseguire le cure prescritte da lui e non già quelle prescritte da altro sanitario, potendo ben darsi che sia eventualmente obbligato ad eseguire pratiche terapeutiche che creda o non confacenti od anche dannose. Se il cliente vuole eseguire cure prescritte da altri e si intenda avvalere dell'opera del medico condotto, deve pagarlo separatamente,

salvo pur sempre da parte del sanitario il diritto di fare preventivamente tutte le più larghe riserve qualora non creda adatta ed efficace la cura che fu prescritta.

(3940) *Somministrazione gratuità di medicinali.* — Il Dott. C. A. G. da C. desidera conoscere se sia legale l'obbligo imposto ai medici condotti di somministrare i medicinali gratuiti ai soli poveri della propria circoscrizione.

L'obbligo imposto è pienamente legale perchè corrispondente al disposto dell'articolo 69 del regolamento sanitario del 1906 in cui è detto che nei comuni che hanno più medici condotti ognuno di essi è autorizzato a rilasciare richieste per somministrazioni gratuite di medicinali soltanto per i *malati poveri della propria circoscrizione*.

(3942) *Sessennii - Decorrenza.* — Il Dott. C. Q. da A. desidera conoscere la data da cui comincia a decorrere per lui il sessennio avendo servito sei mesi da interino a lire 1800 ed essendo stato nominato subito dopo con nomina regolare a lire 1300.

Il sessennio comincia a decorrere dalla data della nomina regolare e sullo stipendio di lire 1300.

(3943) *Reperto - Articolo 372 Codice penale.* — Il Dott. F. S. da I. D. C. chiede conoscere se sia obbligato al referto per una convulsione isterica derivata a una donna per parole offensive direttele da un'altra e se il fatto medesimo rientri nel disposto dell'articolo 372 del Codice penale che prevede il caso di chi, senza il fine di uccidere cagiona ad alcuno un danno nella salute od una perturbazione di mente.

Non crediamo che nel caso esposto vi sia obbligo di referto perchè il fatto non costituisce un delitto sulla persona. La convulsione si determinò perchè la donna offesa era per sua speciale costituzione e struttura una isterica, altrimenti dalla parola offensiva pronunziata non si sarebbe avuto alcun effatto apprezzabile in rapporto ad imputazione di reato. L'ipotesi prevista dall'articolo 322 del Codice penale non può applicarsi alla specie, anche perchè vi mancherebbe il dolo.

(3945) *Operazioni ostetriche - Cure ipodermiche Visita alle carni che si introducono in paese - Certificati di sana costituzione fisica.* — Il Dott. A. L. da S. desidera conoscere se come medico condotto a cura piena sia obbligato ad eseguire operazioni di alta ostetricia, se sia tenuto a rilasciare certificati di sana costituzione fisica, se sia tenuto a praticare iniezioni ipodermiche e se sia tenuto a visitare le carni macellate, che si introducono in città.

Circa le operazioni di alta chirurgia ed in ispecie le ostetriche bisogna aver riguardo a quanto in proposito dispone il capitolato, tenuto conto delle esigenze speciali della esecuzione di ognuna di esse e dei mezzi e locali di cui si dispone. Il certificato di sana costituzione fisica è rilasciato gratuitamente nei casi eventualmente indicati nei capitolati. In tutti gli altri, è a pagamento perchè non rappresenta la costatazione di una malattia in atto. I certificati di quest'ultima specie sono rilasciati gratuitamente essendo atti conseguenziali della visita fatta o della cura che si sta eseguendo. Le iniezioni ipodermiche sono pagate a parte, quando si intendono eseguire a scopo ricostituente in assenza di malattie in atto. Poichè la visita alle carni macellate che si introducono in paese è fatta nell'interesse della salute pubblica della generalità degli abitanti, sono gratuitamente eseguite dalla autorità sanitaria.

(3946) *Cura agli agiati.* — Il Dott. E. R. da S. R. chiede conoscere se l'obbligo di prestar servizio presso gli agiati in condotte libere del Lombardo-Veneto derivi dal disposto dell'articolo 4 del decreto legislativo 31 dicembre 1858.

Il decreto legislativo 31 dicembre 1858 non è più in vigore. L'obbligo, quindi di prestar assistenza agli infermi agiati da parte di condotttti per i poveri, non è sorretto da alcuna disposizione legislativa.

(3947 *Ricchezza mobile - Contributo Monte pensioni.* — Il Dott. F. G. da C. M. desidera conoscere se fu giusta la tassazione di ricchezza mobile fattagli dallo agente, se possa addurre ragioni di riduzioni, e se sia obbligato a pagare il Monte pensione, prestando servizio in due comuni e se abbia diritto a compenso per avere esercitato per otto mesi la carica di ufficiale sanitario.

La tassazione è giusta, nè crediamo si possano addurre le ragioni di discarico, cui Ella accenna perchè la ricchezza mobile si paga sull'ammontare dello stipendio senza riguardo alle eventuali spese che il contribuente deve sostenere per esercitare l'ufficio per cui riceve lo stipendio stesso. Poichè ha prestato servizio presso due comuni contemporaneamente, agli effetti dell'articolo 35 del regolamento 9 marzo 1899, il contributo va valutato in quote proporzionali agli stipendi pagati dai singoli comuni. Faccia reclamo all'ufficio sanitario della provincia. Circa le funzioni di ufficiale sanitario, mancando la nomina prefettizia, potrebbe legalmente nulla pretendere. Il comune Le può, però, elargire una gratificazione non potendosi mettere in dubbio l'opera prestata, cui non era obbligata.

(3948) *Ferite in rissa - Referto.* — Il Dott. C. L. da M. desidera conoscere se per la cura delle ferite in rissa e pel relativo referto spetti alcun speciale compenso.

Per la cura delle ferite in rissa non spetta alcun compenso, sempre che il ferito abbia diritto a

cura gratuita. Il referto è atto che si compie come obbligo di legge ed è anche, quindi, essenzialmente gratuito.

(3949) *Cura infortunati.* — Il Dott. G. M. N. da P. M. desidera conoscere se gli competa compenso a carico della impresa assuntrice per una operazione di alta chirurgia praticata su di un infortunato.

L'operazione di alta chirurgia non può egualgliarsi alle prime immediate cure che sono a carico dell'assuntore di un pubblico lavoro in caso di infortunio. Ella quindi, deve essere pagata dallo infortunato, se questi non abbia altrimenti diritto a cura gratuita.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

BOLOGNA. — Il dott. Dalla Favera G. B. è autorizzato a trasferire da Parma a Bologna la libera docenza in clinica dermosifilopatica.

MODENA. — Il dott. Marchetti Giovanni è autorizzato a trasferire da Padova a Modena la libera docenza in patologia chirurgica.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Delle Chiaie Stefano in clinica ostetrica e ginecologica; De Sandro Domenico in clinica medica

Il prof. Pane Domenico è autorizzato a trasferire da Pavia a Napoli la libera docenza in batteriologia.

Sono nominati i dottori: Cappellani Salvatore aiuto, Conte Giovanni e Volpe Carlo assistenti alla clinica ostetrica; Di Stefano Silvio assistente alla clinica pediatrica.

PADOVA. — Il dott. Bottesella Ruggero è nominato assistente alla clinica ostetrica.

PAVIA. — Il dott. Ciovini Mario è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

PISA. — Il dott. Sorbi Giuseppe è abilitato alla libera docenza in neuropatologia.

Sono nominati: il dott. Fascini Ugo assistente in anatomia patologica; Be Bernardi Rodolfo, laureando in medicina, assistente nella clinica delle malattie mentali.

ROMA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Rebaudi Stefano e Maurizi Alfonso in clinica ostetrica e ginecologica; Piperno Arrigo in odontoiatria e protesi dentaria; Salmon Alberto in neuropatologia.

TORINO. — Il prof. Romeo Fusari di anatomia generale, è stato nominato rettore dell'Università.

PARIGI — Il prof. A. Broca (il figlio del celebre antropologo) è stato chiamato ad occupare la cattedra di operazioni ed apparecchi presso la Facoltà medica, in sostituzione del prof. Hartmann, passato alla cattedra di clinica chirurgica, rimasta vacante in seguito alla morte del prof. Segond.

Egli conta 53 anni.

Condotte e Concorsi.

ATTIMIS (*Udine*). — Condotta; L. 3400 lorde pei poveri; 3 sessenni; eventuale indennità U.S. Assunzione in servizio entro 15 giorni dalla partecipazione. Scad. 31 luglio.

BASSIANO (*Roma*). — Al 31 agosto condotta per la generalità; L. 3883.50 lorde e L. 100 quale U. S.

*BENTIVOGLIO (*Bologna*). — Condotta; L. 2500 e L. 800 per cavalc. Scad. 31 luglio.

BIONE E AGNOSINE (*Brescia*). — Medico condotto consorziale, cura piena. Stipendio L. 4700 lorde, compreso indennità per trasporto e U.S. Scad. 31 luglio.

BRUGNERA (*Udine*). — Condotta; L. 5500 compreso U. S. e indenn. cav.; ab. 5000. Scad. 15 ag.

* CAMPELLO SUL CLITUNNO (*Perugia*). — Medico chirurgo U. S.; L. 4575 nette compresovi obbl. cavalc., cura piena, 3 sessenni, ab. 1473 di cui 760 nelle frazioni. Scad. 31 luglio.

* CAPIZZONE (*Bergamo*). — Medico consorziale; L. 4000 aument., in corso pratiche servizio cavalcatura, non più di 40 anni. s. e. r. Abit. 3430. Scad. 31 luglio.

CARATE LARIO (*Como*). — Condotta piena con Laglio; L. 3238.20 lorde. Ab. 1725. Scad. 31 lug.

CASALNUOVO (*Napoli*). — Condotta pei poveri; L. 1200. Iscrizione all'albo dei sanitari. Prorogato al 12 ag.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). Condotta del capoluogo, piena, e servizio ospedale. Ab. 2763, dei quali 675 agglomerati e 2088 sparsi. Supplente dei titolari delle 5 condotte e servizio ospedale. L. 200 all'U. S.; ad entrambi L. 3900 e L. 800 per mezzo trasporto. Scad. 15 ag.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 3ª condotta a cura piena. Vedi fasc. 28. Scadenza 31 luglio.

CASTORANO (*Ascoli Piceno*). — Condotta; L. 4000 compresa indenn. cav. Scad. 8 ag.

CATANZARO. *Deputazione provinciale.* — Direttore del Manicomio di Girifalco; L. 5000 aument. a L. 6000, oltre i sessenni, alloggio per sè e famiglia mobiliato; età massima 50 anni. Rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scad. 31 luglio.

CENTO (*Ferrara*). — Medico assistente dell'Ospedale; L. 1200 lorde, vitto ed alloggio nell'interno dell'istituto, illum. e riscald. Scad. 31 luglio.

CESSOLE (*Alessandria*).— Condotto e U. S.; L. 1800 pei poveri e L. 200 per congedo. Scad. 31 lug.

* CHIANCIANO (*Siena*). — 1ª condotta piena; ab. 2988 in due condotte; L. 3225, con due sessenni e L. 100 per supplenza al collega, lorde. Servizio entro 20 giorni dalla partecipazione. Scad. 31 luglio.

*CINETO ROMANO (*Roma*). Condotto; L. 2600, cura piena, ab. 810 dei quali solo 10 sparsi, e L. 100 quale U. S. e per armadio farm. Probabile nomina medico ferroviario. Scad. 31 luglio.

* CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Condotte di S. Lucia con residenza in città e Fraccano, Lugnano, Morra e Trestina; L. 3000 ciasc. lorde

e 3 sessenni, cura piena con facoltà di limitare gli stipendi a sole L. 2250 per i soli poveri; L. 700 per mezzo trasp. Scad. 15 ag.

CIVITA CASTELLANA (*Roma*). — Condotta com primaria, al 31 lug., L. 2500 pei poveri e L. 500 per gli abbienti, lorde; L. 300 dopo due anni e poi due trienni di L. 150; altri compensi. Le condotte sono due. Città tutta in piano, in posizione sana e ridente. Ab. 5409, km. 51 da Roma, cui è congiunta da tramvia. Acque abbondanti e salubri. Ospedale consorziale con due sanitari e specialisti di Roma.

CIVITELLA DELLA CHIANA (*Arezzo*) — Il concorso alla condotta è prorogato al 31 luglio.

COMO. *Brefotrofio Provinciale.* — Medico direttore ostetrico; L. 4000. Schiarimenti dalla Segreteria provinciale. Scad. 7 agosto.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Sino al 7 agosto concorso per titoli scientifici e pratici, al posto di Medico-Direttore-Ostetrico collo stipendio di L. 4000. Rivolgersi alla Segreteria.

CREMA (*Cremona*). *Ospedale Maggiore.* — Due medici-chirurgi ostetrici assistenti; età massima 30 anni; nomina biennale prorogabile; L. 1400 lorde di C.P. e L. 6 per ogni servizio di guardia notturna. Chiedere l'avviso. Scad. 31 luglio.

CRISSOLO (*Cuneo*). Condotta piena; L. 4000; alloggio. Scad. 7 agosto.

GAGGIO MONTANO (*Bologna*). — Al 30 luglio condotta; ab. 2500; L. 2400 pei poveri e L. 1000 per la generalità, lorde; L. 800 pel cavallo; assicuraz. Servizio entro 15 giorni dalla com. di nom.

GAMBERALE (*Chieti*). — Condotta; L. 2600, obbligo tenuta a. f., ab. 1400, metà sparsi in casolari di campagna, diritto a 2 canne di legna. Scad. 31 luglio.

GATTEO (*Forlì*). — Condotta pei poveri di S. Angelo; L. 3000 lorde e 3 sessenni, L. 600 per cav. e L. 150 per l'ambulatorio da tenersi nella fraz. Ab. 2300 circa, pov. 500. Scad. 31 luglio.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie pov. 38. Scad. 31 ag.

IMOLA. *Congregazione di Carità.* — Assistente medico nell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde con diritto all'alloggio nell'Istituto. Scad. 15 agosto.

LAMPEDUSA (*Girgenti*). — Isola di Linosa, L. 2400, cura piena. Scade 12 agosto.

LATISANA (*Udine*). — Medico 2° riparto; condotta libera; L. 3000 e 2 sessenni, L. 500 se l'eletto risiederà a Gorgo, L. 700 se risiederà a Pertegada, L. 800 per cavalc. Scadenza 31 luglio.

MALO (*Vicenza*). — Medico libero 1° reparto; L. 3000, tre sessenni; L. 500 per cavalc., alloggio. Scad. 31 luglio.

MAZZÈ (*Torino*). — Consorzio, L. 1700. Scadenza 31 luglio.

MONTALTO MARCHE (*Ascoli*). — 2ª condotta del capoluogo, L. 3000 elevabili a L. 3250 al 1° gennaio 1914, L. 500 cavallo, cura piena. Scadenza 15 agosto.

*MONTELPARO (*Ascoli Piceno*). — Condotta piena; stipendio L. 3200 lorde, oltre L. 500 indennità cavalcatura, L. 250 per l'armadio farmaceutico e L. 100 se U.S. Scad. o agosto.

MONZA (*Milano*). *Congregazione di Carità.* — Chirurgo aiuto, medico aiuto ed assistente. Vedi fasc. 29. Scad. 31 luglio.

NOVARA. *Ospedale Maggiore.* — Dirett. medico. Titoli. Laurea da 10 anni. L. 5500 lorde e indennità di L. 800. Schiarimenti dalla Segreteria. Scad. 31 luglio.

ODERZO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — Medico assistente; L. 1200, vitto ed alloggio interno. Per supplenze ai medici condotti l'eletto potrà fare assegnamento su altre L. 630. Rivolgersi all'Amministrazione. Scad. 31 luglio.

PALERMO. *R. Istituto dei sordo-muti di Sicilia.* — Medico chirurgo; L. 300. Rivolgersi Presidenza deputazione dell'Istituto. Scad. 31 luglio.

PESCAGLIA (*Lucca*). — 3ª cond. residenziale; L. 2850 lorde. Ab. 2833 in sei fraz. e sparsi; incirca 53 fam. a cura gratuita. Scad. 31 luglio.

PESCIA. *R. Spedale dei SS. Cosimo e Damiano.* — Assistente medico-chirurgo; L. 1800 nette, vitto e alloggio nei giorni di guardia, 10 % sulla tassa degli atti operativi eseguiti ad ammalati ricoverati in camera di 1ª e 2ª classe. Durata in carica due anni. Documenti al presidente dell'Amministrazione entro il 31 lug.

PISA *RR. Spedali riuniti di S. Chiara.* — Direttore generale; L. 7000 e tre sessenni; alloggio o indennità annua di L. 700. Laurea da non meno di dieci anni. Età massima 45 anni, salvo pei direttori medici o sovrintendenti sanitari di altri ospedali. Titoli all'amministrazione non oltre le ore 16 del 31 luglio.

* PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — 6ª condotta per 4 fraz.; L. 3200 pei poveri, circa 906 su 2818 abitanti; 3 sessenni; L. 600 per cav. Scad. 10 agosto.

PRECENICCO (*Udine*). — Condotta; L. 4000 lorde e 2 sessenni; L. 300 se U.S. e L. 300 per cav. Scad. 5 agosto.

ROMA. *Ministero dell'interno. Direzione della Sanità pubblica.* — Due assistenti laureati in medicina e chirurgia presso il laboratorio di micrografia e batteriologia della Sanità pubblica; L. 3000. Scad. 31 luglio.

SANT'AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta piena 2° riparto; L. 3800 lorde, L. 200 quale U. S., obbl. cavalc., ab. 2100. Scad. 31 lug.

* TEMPIO (*Sassari*). — Condotto pei poveri di Arzaghena: L. 2000 e L. 200 per a. f. Scad. 31 lug.

TERDOBBIATE (*Novara*). — Condotta piena; L. 3400 lorde, 3 sessenni ed alloggio. Ab. 912. Obbligo tenuta a. f., indennità immigrati a parte. Scad. 15 ag.

TRICASE (*Lecce*). — Condotta piena. Proroga al 25 ag.

TRIPI (*Messina*). — Condotta per la 2ª zona; L. 2600. Rivolgersi al Sindaco. Scadenza prorogata al 22 agosto.

VALDELLATORRE (*Torino*). — Condotta. L. 2000, L. 100 quale U. S. e L. 100 per a. f. Scad. 20 agosto.

VALLELONGA (*Catanzaro*). — Condotta per i poveri; L. 2000 al lordo di R. M., oltre L. 100 se Uff. San. Scade 20 agosto.

VIMERCATE (*Milano*). *Ospedale civile*. — Medico chirurgo assistente; L. 1800 ed alloggio in ospedale. Rivolgersi al direttore dell'ospedale dott. G. Banfi.

Si richiede un posto interinale di medico condotto che assumerebbesi anche subito e in qualunque luogo, preferibilmente in pianura. Pratica di condotta e di assistentato in ospedale. Scrivere: dott. Domenico Ugenti, Ancona, Corso Tripoli, 10.

Medico chirurgo, pratico chirurgia, condotta, assumerebbe interinato preferibilmente luogo ovunque. Scrivere: Porto rivoltella 50, fermo posta, Brescia.

Medico chirurgo, trentaduenne, robustissimo cerca interinato in alta montagna o in riva al mare. 15 lire giornaliere. Scrivere al dott. Ludovico Rienzi, Palazzolo (Siena).

Medico chirurgo trentacinquenne, ottimi certificati, accetterebbe Romagna Marche, preferibilmente mare, montagna, interinato anche breve, subito o entro estate assumendosi proprio carico spese viaggio. Scrivere: Esculapio, tessera F. 30105 fermo posta, Udine.

Assumerei servizio interinale presso al mare o in montagna, anco per pochi mesi. Preferirei anche condotta dove il servizio sia diviso fra due. Così protrei cedere il notturno al mio collega, che retribuirei decorosamente. - Medico chirurgo ostetrico da lunga data, pure spedirei i miei titoli, se richiesti. - Rivolgersi, Casella postale 22, Radicena (Calabria).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Pontedera (Pisa), Portomaggiore [per Masi Torello] e Borodeno [per Burana] (Ferrara), Predappio (Forlì), Capodrise (Caserta), Gamberale (Chieti).

Revoca di diffide: Scorticata (Rimini).

La sezione di Viterbo dell'A. N. M. C. torna a confermare e intensifica la diffida della condotta di Civita Castellana.

La sezione di Udine riapre le diffide alle seguenti condotte: Chions, (Brugnera), Rivolto, Morsano al Tagliamento, Arta-Zuglio (consorzio), Cordenons I, Tolmezzo II.

Ci si comunica dalla presidenza della sezione Fanese dell'A. N. M. C.:

Il 15 corr. s'è chiuso il concorso indetto dal comune di Fossombrone (prov. di Pesaro) per la sua condotta chirurgica primaria a *cura piena*. Il concorso era da tempo diffidato. A concorso chiuso, si parla, senza far nomi, di qualche concorrente. La sezione Fanese dell'A. N. M. C. nutre troppa fiducia dei cultori dell'arte chirurgica, per poter credere che in mezzo ad essi allìgni la piaga del crumiraggio. Ma nel dubbio che qualcheduno, ignaro della diffida, abbia dato il suo nome al concorso di Fossombrone, lo mette sull'avviso, consigliandolo a ritirarsi pel bene della classe e pel proprio decoro.

Il dott. G. Banfi, direttore dell'ospedale di Vimercate, ci fa osservare ch'è sorto un equivoco tra il posto per la condotta consorziale Vimercate-Ruginello Ospedale e quello per Vimercate-Ospedale, il quale ultimo non risulta menomamente diffidato.

La presidenza della Federazione delle sezioni della provincia di Roma dell'Associazione Nazionale dei medici condotti, ha diramato a tutti i medici comunali di Roma:

« Come Ella avrà potuto prendere nota nei pubblici periodici la nostra Amministrazione Comunale democratica ha bandito un concorso interno fra i medici comunali un posto di pronto soccorso al Mattatoio alle condizioni già esposte nell'avviso, cioè irrisorie ed inumane per quel sanitario che avesse l'alto onore di vincere tale concorso.

« La federazione dei medici condotti di Roma e provincia, ritenendo immorale ed inumano, come bene si esprimono i colleghi non concorrenti, il patto che l'Amministrazione Comunale vorrebbe fare contrarre con uno dei sanitari già da Essa dipendente: delibera diffidare un tale concorso, affinchè ogni collega si astenga dal presentarne domanda, ed invitare il Consiglio dell'Ordine nella adunanza straordinaria che sarà tenuta Domenica 27 corr. all'istituto d'Igiene in via Agostino Depretis, a stigmatizzare l'operato dell'Amministrazione per quest'atto veramente degradante verso la classe medica comunale di Roma.

« La presidenza: D. MALUSARDI ».

(Vedi anche: « Cronaca del movimento professionale »).

BOLOGNA. *Società Medica Chirurgica di Bologna*. — Per attuare le disposizioni testamentarie dei benemriti soci prof. Gaetano Sgarzi e dott. Gioacchino Malaguti, questa Società ha aperto il Concorso a premi di lire 500 ognuno coi temi scelti nell'adunanza del 2 maggio 1913, e cioè: pel premio Sgarzi *Osteo sarcoma — Cisti ossea — Osteoartrite fibrosa*, e pel premio Malaguti *Organoterapia*.

Le memorie concorrenti saranno in lingua italiana, latina o francese, inedite e scritte con calligrafia intelligibile o a macchina. Non porteranno alcuna indicazione del nome dell'autore, ma unicamente un motto; questo sarà ripetuto sopra una busta sigillata, dentro la quale sarà il nome dell'autore e la sua residenza. Sarà nullo il concorso per quell'autore, il quale in qualche maniera si farà conoscere. I soci ordinari della Società Medica Chirurgica di Bologna sono esclusi dal concorso. Le memorie dovranno pervenire, entro l'anno 1915, franche alla Segreteria della Società Medica Chirurgica, Bologna, piazza Galvani, n. 1 (Archiginnasio).

Fra due memorie di pari merito il premio sarà diviso.

Ad una dissertazione di molto merito, ma mancante di qualcuno dei requisiti per ottenere il premio, potrà accordarsi un attestato di lode.

Le buste, che accompagnano le memorie premiate, saranno aperte in piena seduta: quelle spettanti alle altre verranno bruciate e le memorie conservate nell'Archivio.

VENEZIA. *R. Istituto veneto di scienze, lettere ed arti.* — Premio di fondazione Balbi-Valier per il progresso delle scienze mediche e chirurgiche, di italiane L. 6000, all'italiano che avrà fatto progredire nel biennio 1912-1913 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio. Il premio è fuori concorso. Scadenza a tutto il 31 dicembre 1913. — Premi di fondazione Angelo Minich. 1° tema riproposto: « Illustrare un argomento importante di anatomia umana normale nel campo della angiologia, con estese ricerche embriologiche, anatomo-comparative ed istologiche. » Il premio è di L. 5000. 2° tema riproposto: « Patogenesi, eziologia e terapia del cancro ». Il premio è di L. 15,000. Questi due concorsi rimangono aperti a tutto il 31 dicembre 1915. Non possono parteciparvi che italiani; vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto. Le memorie dovranno essere scritte in lingua italiana.

PARIGI. *La Lega francese di educazione morale* (125, rue de Ranelagh, Parigi) bandisce un concorso per un manuale di *Educazione morale* per fanciulli tra i 10 e i 12 anni. Dovrà essere un libro più di educazione che di istruzione, confessionalmente neutro, senza propaganda pro e contro le varie religioni e i vari sistemi filosofici, e tendere a destare nei piccoli lettori il senso dell'attività morale nella vita reale, e a inculcare nella coscienza, mediante il sentimento e la ragione, le tendenze morali. L. 5000 al lavoro giudicato degno di premio e migliore di tutti. Altre 5000 lire da dividersi fra altri tre concorrenti. Infine altre 5000 lire da assegnarsi in premi, varianti tra le 500 e 200 lire. Motto, busta chiusa, ecc. Termine utile 31 marzo 1914.

TORINO. *Reale Accademia di medicina.* (Via Po, n. 18). — E' aperto un concorso al 13° Premio Riberi di L. 20,000 per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere. Scadono i termini col 31 dicembre 1916. Per le condizioni del concorso rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, via Po, 18, Torino. Il segretario generale: V. Oliva.

MEDICINA SOCIALE

Ospedale Civile di Trieste - I Divisione medica

diretta dal primario dott. V. COMINOTTI.

Del rapporto eziologico fra trauma e tubercolosi

per il dott. DECIO FABRICCI.

L'importanza che negli ultimi anni assunse la questione della possibilità di un nesso di causalità fra traumatismo e tubercolosi, considerata specialmente nei riguardi dell'assicurazione sociale, m'induce a ritenere non privo d'interesse un modesto contributo di casistica, rappresentato da due osservazioni che mi fu dato raccogliere nel Civico Nosocomio di Trieste.

Sono due casi di tubercolosi miliare, d'identica origine e a classico decorso, dei quali do brevemente riassunti gl'istoriati nosografici.

Nel primo caso si trattava d'un paziente accolto con sintomi soggettivi d'intensa cefalea e dolori lungo la colonna vertebrale che datavano da otto giorni. L'anamnesi rilevata dal malato stesso e dai parenti dava massima importanza ad un trauma subìto due mesi prima, trovandosi il paziente in una vettura tramviaria, in seguito al quale sarebbe stata subito osservata una tumefazione dolorosa al testicolo destro. Lo stato presente dimostrava un' affezione encefalitica con interessamento delle meningi, broncopolmonite ed epididimite tubercolare. Reazione di Wassermann negativa. Morto il paziente sette giorni dopo, all'autopsia si constatò trattarsi di una tubercolosi miliare delle meningi, con infiltrazione specifica agli apici polmonari, focolai broncopneumonici, disseminazione miliare al fegato, tubercolosi caseosa d'ambo gli epididimi.

Del secondo paziente ecco l'estratto della storia da me raccolta. Due mesi prima l'ammalato aveva riportato al testicolo destro una contusione, le cui conseguenze locali s'erano immediatamente estrinsecate con dolore e tumefazione. Attenuatisi un mese dopo i dolori al testicolo, erano insorti dolori puntori al petto accompagnati da tosse, modico escreato e febbre irregolare.

Prima d'allora le condizioni di salute erano sempre state soddisfacenti. All'esame oggettivo si notavano uno stato piuttosto avanzato di deperimento, grave anemia e principio di cianosi al volto, lingua saburrale, febbre a 39°, polso 108, respirazione 28 al minuto. Infiltrazione a rantoli minuti d'ambo i lobi polmo-

nari superiori. Tumore splenico debordante due dita trasverse dall'arcata costale. Qualche efflorescenza a tipo di roseola sulla cute dell'addome. Diazoreazione in ripetuti esami sempre positiva. Vidal negativo. Assenza di bacilli di Koch nella scarsa espettorazione muco-purulenta. Dopo 16 giorni l'ammalato morì e alla necroscopia risultò confermata la diagnosi clinica di tubercolosi miliare acuta ed epididimite caseosa.

Oltre a ciò si constatò una disseminazione miliare del dotto toracico, tubercolosi cronica del testicolo destro, con un focolaio caseoso alla prostata. La milza ingrandita circa tre volte appariva cosparsa di tubercoli miliari. Nulla di particolare al cervello, cuore, fegato e reni.

La disseminazione secondaria del dotto toracico, che trova la sua ragione nell'importanza delle vie linfatiche per la propagazione della tubercolosi (Haentjens), chiarisce in questo caso quale fu il percorso che i bacilli tubercolari seguirono per irrompere attraverso la vena succlavia nella circolazione generale (Astley Cooper, Ponfick, Cornet, Silbergleit).

Tutte due le volte si trattò quindi di tubercolosi miliare acuta insorta da un'epididimite caseosa, il cui sviluppo era stato occasionato da un traumatismo sofferto ai testicoli due mesi prima.

È già antica la conoscenza della dipendenza che un focolaio tubercolare locale può riconoscere da un trauma semplicemente contusivo, ma è pure altrettanto noto quanto difficile ne riesca spesso tuttora un apprezzamento sereno ed esatto (Chessin).

Forse noi non potremmo considerare affermativamente definita in via teorica tale questione, se come esaurienti si dovessero accogliere le conclusioni di Chevki, di Ribera y Sans e quelle che Rodet e Jeanbrau hanno tratto da proprie esperienze sugli animali. Di fatto però questa possibilità di un nesso eziologico non può venir disconosciuta e nuova prova vi hanno portato ad esempio anche gli esperimenti di Favento e Conforti; Grosser, Kappis e Cesa-Bianchi vi annettono grande importanza e riguardo all'influenza del trauma sulla tubercolosi dei genitali in particolare, oltre alle conclusioni di Cholzow, non posso dimenticare quelle degli autorevoli osservatori già raccolte e citate da Cornet.

È superfluo ricordare che tale rapporto di causalità può naturalmente intendersi soltanto nel senso di un passaggio a forma patente di una tubercolosi fino allora rimasta allo stato di latenza, ovvero quale esacerbazione o complicanza di un processo già manifesto (Hanf, Jomier, Ledderhose, Marcus).

Questa limitazione non attenua però la necessità di una rigorosa e prudente oculatezza nella cernita dei casi e per quanto importante sia il significato che al fattore traumatico spetta quale momento eziologico, troppo elevate mi sembrano a priori le cifre delle statistiche sulla tubercolosi traumatica di Mikulicz (20 %) e di Thien (25 %), a meno che non vi siano statcompresi tanto i casi di tubercolosi da inoculazione che quelli da contusione, distinzione che Sinding-Larsen e anche Mosny opportunamente menzionano.

Diverse sono le circostanze più importanti da vagliare quando si debba stabilire se tale diretta dipendenza è realmente esistita (Ayala); però Thien ad esempio annette speciale valore alla presenza di conseguenze oggettive immediate, nonchè alla comparsa di manifestazioni più tardive nel periodo di tempo che intercorre fra il momento del traumatismo e l'insorgenza della tubercolosi.

Siffatto *trait d'union* degli accidenti morbosi, chiamati dai tedeschi Brückenerscheinungen, si dovrebbe appunto poter sempre dimostrare, affinchè l'origine di ogni caso di tubercolosi locale non si faccia poi risalire dall'inesperienza del medico o dalla malafede del paziente ad una causa traumatica di entità pur sì lieve da non aver prodotto nessuna conseguenza immediata. Ewald parimenti respinge in tale senso tutti i casi dove questo rapporto appare solo indiretto.

È ovvio che la comparsa del focolaio tubercolare deve essere constatabile dopo un periodo di tempo dal momento del trauma, che non può oscillare in limiti troppo ampi. Una formazione immediata del tubercolo non è anzitutto ammissibile, ed è troppo breve lo spazio di 4-5 giorni che Kappis concede per una sua possibile constatazione. L'intervallo di tempo viene fissato in media da 4-6 settimane (Moser, Parkes Weber) fino a un anno, termine questo certo troppo lontano. Qui però credo appunto facili gli errori negli apprezzamenti, perchè il medico stesso, pur se il paziente cadde subito

sotto la sua osservazione, non potrà spesso agevolmente differenziare le turbe locali reattive alla contusione da un processo già riconoscibile come specifico. A mio avviso tale esatta demarcazione ha infine un valore molto relativo, quando sia riuscita invece la constatazione della continuità dei fenomeni morbosi.

Nei due casi ricordati il rapporto causale fra trauma e tubercolosi fu chiaramente riconosciuto, tanto che per il primo l'istituto d'assicurazione per infortuni concesse con un'annua pensione il risarcimento alla vedova del colpito. Il secondo non diede occasione a discussioni d'indennizzo, ma riuscì senza dubbio maggiormente dimostrativo. In relazione a ciò ricorderò ancora quanto Parkes Weber afferma in proposito, e cioè che allorquando dopo un trauma insorga una tubercolosi miliare si possa sempre dimostrare un focolaio locale nel punto dove il trauma ha agito. Quest'asserzione non potrà certo accogliersi quale legge assolutamente costante, tuttavia dalle due citate osservazioni essa viene a trovare una nuova conferma.

BIBLIOGRAFIA.

HAENTJENS. — Ztschr. f. Tuberkulose, 1906, Bd. 5, n. 3 e Bd. 9, H. 1, 47.
ASTLEY COOPER. — Citato da CORNET.
PONFICK. — Berliner klin. Woch, 1877, n. 46.
CORNET — *Die acute allgemeine Miliartuberkulose. Die Tuberkulose.* (Nothnagel).
SILBERGLEIT. — Virchow's Archiv, Bd. 179, H. 2.
CHESSIN. — Inaug.-Diss Berlin, 1911.
CHEVKI. — Citato da CORNET.
RIBERA y SANS. — Congresso della tubercolosi, Barcellona, 1911.
RODET e JEANBRAU. — Compt. rend. de l'Acad. des sciences, 1917. t. 145, p. 1361-3.
FAVENTO e CONFORTI. — Folia serologica, 1908, I. Bd, n. 7.
GROSSER. — Baumgarten's Jahresbericht, 1904, 520.
KAPPIS — Deutsche med. Woch., 1910, 1310.
CESA-BIANCHI. — XXII Congresso d. Società di medicina interna. Roma, ottobre, 1912.
CHOLZOW. — Russk. Wratsch, 1909, n. 19-23.
HANF. — Inaug.-Diss., Dresda, 1905.
JOMIER. — Revue de la tuberc., 1906, n. 3, pagine 248, 275.
LEDDERHOSE. — Aerztl. Sach.-verst. Ztg., 1908, n. 11.
MARCUS. — Monatschr. f. Unfallheilk, n. 8, 1911.
MIKULICZ. — Citato da KAPPIS.
THIEN. — Monatschr. f. Unfallheilk., n. 6, 1911.
SINDING-LARSEN. — Norsk mag. f. Laegevid, 1998, n. 1.
MONSY. — Il Policlinico, sez. prat., 1911, 89.
AYALA — Il Policlinico sez. prat., 1909, 1113.
EWALD. — Münch. med. Woch, 1905. n 46.
MOSER. — Aerztl. Sach-verst. Ztg., 1906, n. 4 e 5.
PARKES WEBER — Life Assecurance med. Officers Association, 4, V, 1910.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso internazionale di chirurgia.

Il V Congresso della Società internazionale di chirurgia si terrà a New York dal 14 al 18 aprile 1914. Le questioni messe all'ordine del giorno sono:

1° Ulcera gastrica e duodenale.
2° Innesti e trapianti.
3° Tecnica delle amputazioni.

La III Conferenza internazionale per lo studio del cancro

si adunerà dal 1° al 5 agosto a Brusselle. Svolgerà i seguenti temi: applicazione dei mezzi terapeutici, fisici e chimici; vaccino- e siero-terapia; statistica e diffusione locale; etiologia; istituti per cancerosi; assistenza ai cancerosi; relazioni sulla lotta contro il cancro nelle varie nazioni.

Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia.

E' indetto dal 23 al 26 luglio in Brusselle. Fanno parte del Comitato organizzatore italiano l'on. Orlando, il prof. Concetti, il prof. Grassi e l'avvocato Porta.

I lavori saranno divisi in due sezioni, la prima delle quali discuterà i temi riguardanti l'infanzia moralmente abbandonata, la seconda tratterà l'igiene dell'infanzia e l'educazione del fanciullo.

Fra i temi della 1ª sezione segnaliamo: i limiti della competenza dei Tribunali per l'infanzia; la tutela dei fanciulli naturali esercitata da funzionari nominati e stipendiati dallo Stato; i fanciulli anormali; ecc.

Nella seconda sezione saranno svolti i temi seguenti: la tutela dei bambini allevati fuori del domicilio paterno e la difesa del fanciullo contro l'alcoolismo.

Le due Sezioni discuteranno insieme il tema: « Creazione di un ufficio internazionale per la protezione dell'infanzia ».

I Congresso della Federazione nazionale dei medici specialisti.

Per iniziativa dell'Associazione professionale dei dermo-sifilografi italiani, confortata dal voto di numerose Società sanitarie e di molti Ordini dei medici, si sta costituendo una Federazione nazionale di medici specialisti, la quale sorge con lo scopo precipuo di ottenere che, per la serietà della classe medica e per la garanzia del pubblico, sia reso obbligatorio un esame di Stato per coloro che, volendo assumere il titolo di medico specialista, non possano in altri modi (libera docenza, carriera universitaria, concorsi, ecc.) comprovare la propria competenza in un dato ramo della medicina. La Federazione si riunirà a congresso nel prossimo ottobre in Napoli. Eminenti personalità, come i senatori T. De Amicis, Foà, Mangiagalli, il prof. Morselli, l'on. Brunelli, hanno aderito a far parte del Comitato d'onore.

Il Comitato organizzatore, presieduto dall'onorevole prof. Pietravalle, e di cui fanno parte valentissimi specialisti di ogni parte d'Italia, lavora alacremente alla preparazione del Congresso, la cui riuscita, per il grande numero di aderenti, può dirsi fin da ora assicurata.

Coloro che volessero aderire alla Federazione o desiderassero schiarimenti, possono rivolgersi alla Segreteria generale che ha sede provvisoriamente in Roma, presso il prof. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, n. 69.

Consiglio provinciale sanitario di Roma.

Si è adunato sotto la presidenza del prefetto per il disbrigo di importanti affari sanitari.

Ha approvato i seguenti progetti:

Costruzione di nuovi padiglioni al manicomio provinciale a Sant'Onofrio — Camera d'isolamento per i malati settici di chirurgia presso l'ospedale di Albano — Fognatura e selciatura di Formello — Acquedotto di Cervara di Roma — Casa di pronto soccorso in Licenza — Condottura di acqua potabile a San Gregorio da Sassola — Impiego provvisorio di locali al Testaccio a uso scolastico in Roma; ecc.

Ha espresso parere favorevole all'apertura di una Sezione ortopedica chirurgica al Kinesiterapico di Roma; all'apertura di una casa di maternità su domanda dei dottori Lamonica, Mencacci e Liberali; all'apertura di un ambulatorio gratuito per la cura dei traumi in via degli Etruschi n. 9 su domanda della signora Luigia Olivari, concessa sotto la direzione del professore Roberto Alessandri. L'istituzione di questo ambulatorio, a totale spesa della nobile e filantropica signora, ha deciso il Consiglio provinciale di sanità ad esprimere un voto di plauso.

Ha approvato l'aumento di stipendio per i medici condotti di Ariccia, Viterbo, Fumone, Bieda, Valentano, Affile, Castro dei Volsci, Civitacastellana, Monteflavio il capitolato di alcuni Consorzi veterinari e la designazione del Comune capo Consorzio. — Non ha approvato il capitolato per l'apertura di concorso a due posti di medici condotti in Civitavecchia, esprimendo parere doversi invitare quel Comune ad istituire le condotte per la cura gratuita ai soli poveri.

Ha dato parere contrario alla domanda di trasferimento di alcune farmacie in Roma ed ha approvato l'istituzione di una nuova condotta medico-chirurgica per il sobborgo di porta Metronia.

Ha inteso il rapporto del medico provinciale sulle condizioni igieniche della stazione idrologica di Fiuggi, rilevandone i progressi e proponendo i necessari provvedimenti definitivi per la tutela della salubrità delle fonti e dell'abitato Il Consiglio ha espresso parere doversi stabilire una zona di rispetto a monte delle Sorgenti per evitare ogni pericolo derivante dalle nuove eventuali costruzioni di gruppi di case; doversi disporre un piano regolatore tanto per l'edilizia, quanto per la fognatura generale, chiedendo infine all'illustre prefetto che disponga onde venga sistemato il corso del laghetto « delle Mignatte » che si trova qualche chilometro a valle della saluberrima fonte di Fiuggi.

Per la tutela dei minatori.

Il Ministro dell'industria presenterà un disegno di legge sul contratto di lavoro nelle miniere. Esso contemplerà la tutela della vita e della salute dei minatori.

Il Consiglio del lavoro ha emesso un voto a favore della riforma dell'ispettorato delle miniere e delle cave.

Sull'esercizio delle farmacie.

La Direzione generale della Sanità pubblica ha diramato ai signori Prefetti del Regno una circolare relativa alle denunzie sull'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio delle farmacie, al censimento delle farmacie esistenti nelle singole provincie, al divieto dell'apertura di nuove farmacie, fino a quando non venga formata, secondo il sistema fondamentale della legge ed a piena attuazione di esso, la pianta organica.

Il Ministero si riserva di dare ulteriori istruzioni, in modo organicamente completo e preciso, dopo che sarà pronto il regolamento alla cui compilazione il Ministero sta attendendo con la massima alacrità compatibilmente con la grave importanza e la complessità delle questioni che vi si connettono.

Propaganda igienica.

Il R. provveditore agli studi di Ferrara ha indirizzato ai maestri elementari della provincia una circolare in cui dichiara che al provvido scopo di rendere più intensa nella provincia la lotta contro la malaria, l'on. Ministero dell'Interno, per mezzo dell'ispettore compartimentale di sanità, designava tra i provvedimenti più idonei un corso accelerato di lezioni ai maestri elementari, perchè essi, a lor volta, si facciano propagandisti efficaci.

D'accordo con l'ufficio provinciale sanitario, si è stabilito che detto corso si svolga in un'aula della Libera Università di Ferrara gentilmente concessa. Il provveditrre invita i signori maestri ad intervenirvi numerosi. Le lezioni saranno tenute dal dott. Francesco Orta.

Il Comitato federale dell'A. N. M. C. delle tre sezioni della provincia di Lucca ha diramato a tutti i medici condotti della provincia una circolare con annesso questionario per attivare la propaganda igienica.

La Sezione di Siracusa ha diramato ai soci una circolare in cui, dopo aver illustrato sommariariamente il programma pubblicato dalla presidenza centrale, invita i soci a cooperarvi attivamente.

Il Comitato della sezione Mantovana per la propaganda igienica, di recente nomina, ha indetto una grande riunione in cui, alla presenza di una cinquantina di medici della città e provincia, il dott. Franklin Vivenza, che dal Comitato ne aveva avuto incarico, trattò delle conferenze di propaganda, accennando ai temi più importanti da svolgere e illustrando il suo dire con numerose proiezioni.

A Belluno avanti un pubblico affollato ebbe luogo la chiusura del ciclo di conferenze tenute per iniziativa del prof. Sartori, nella grande aula della scuola industriale. Parlò il dott. Carlo Pagani sul tema « Contro la tubercolosi ».

La rubrica della beneficenza.

La Cassa di risparmio delle Province Lombarde ha assegnato a scopo di beneficenza altre 214.000 lire di sussidi, delle quali 125.000 all'Ospedale Maggiore di Milano, 44.000 per le Commissioni pellagrologiche provinciali, 15.000 alla Congregazione di carità di Domodossola, ecc.

Sono stati fatti i seguenti lasciti di beneficenza: a Lurago Marinone (Como) dal dott. Antonio Galimberti, già sindaco, lire 40,000 a favore del Comune; ad Arzo (Canton Ticino) dal sig. Luigi Giudici lire 50,000 a favore dell'Ospedale Maggiore di Milano ed altre lire 300,000 per altre opere di beneficenza; ad Ivrea (Torino) dal cavaliere Camillo Borello, già assessore anziano, tutta la propria sostanza valutata in lire 70 000 per la Congregazione di carità; a Castelfranco Veneto dal dott. Giovanni Bordigioni lire 100,000 per l'Ospedale civile; a Muluzzano dal sig. Guido Cerea, suicidatosi, lire 100,000 per gl'Istituti di beneficenza del Comune.

Sono state fatte le seguenti elargizioni di beneficenza: a Gallarate (Milano) il cav. Cesare Macchi ha assegnato lire 10,000 per vari istituti cittadini, onde festeggiare la nomina a cavaliere del lavoro; a Caraneggio il prof. Emilio Engel, figlio del compianto senatore, ha destinato in memoria del padre lire 25,000 al fondo per la cura marina degli scrofolosi poveri; ha fatto anche altre elargizioni di beneficenza.

Premiazione delle Dame della Croce Rossa.

A bordo della regia nave « Dandolo », ancorata nelle acque del porto militare di Napoli, si è svolta la solenne e civile cerimonia della consegna della medaglia commemorativa alle dame ed al personale tutto della Croce Rossa e del Sovrano Militare Ordine di Malta imbarcato per il servizio ospitaliero a bordo delle due navi-ospedale « Menfi » e « Re d'Italia » durante la guerra libica.

Erano presenti l'ammiraglio Faravelli, già comandante in capo delle forze navali, il duca di Aosta, i senatori D'Alife, Compagna e D'Andrea, il conte della Somaglia, presidente della Croce Rossa italiana, e le maggiori autorità cittadine.

La prima dama premiata è stata la duchessa d'Aosta.

I soccorsi della Croce Rossa italiana.

In seguito a comunicazioni pervenute dal Comitato internazionale di Ginevra, il Comitato centrale della Croce Rossa italiana, in vista della ripresa delle ostilità negli Stati balcanici, si è affrettato ad inviare un nuovo dono di medicinali e materiale da medicatura alle Croci Rosse dei tre Stati belligeranti.

L'Ospedale civile di Tripoli.

Il « Secolo » di Milano ha pubblicato alcune gravi notizie del suo corrispondente G. De Meo sui servizi sanitari nell'Ospedale civile di Tripoli. Secondo il corrispondente, l'andamento di questo ospedale lascia molto a desiderare.

Cinquantenari professionali.

Sono stati cordialmente festeggiati in questi giorni il cinquantesimo anno di esercizio professionale del prof. Antonio De Gaetani, presidente dell'Ordine dei medici di Catania, e il cinquantenario di condotta medica del dott. Pietro Guatino a Sanfront (Saluzzo).

Per Raimondo Guaita.

Un Comitato milanese all'uopo costituitosi erigerà nell'Ospedale dei bambini un busto a Raimondo Guaita, il quale aveva fondato e diretto il benefico istituto.

Per Antonio Marro.

E' stato commemorato a Limone Piemonte, suo paese natale, il prof. Antonio Marro, il valente psichiatra che aveva acquistato molta fama nel mondo scientifico per i suoi pregevoli studi sulla delinquenza, sui carcerati e sulla pubertà.

Nuovi giornali.

L'anatomismo clinico del Baccelli costituisce il fondamento più saldo della medicina. La prova di questo fatto emerge dallo sviluppo cui assurgono le dottrine sulla costituzione organica, le quali si fregiano di nomi cospicui, dal De Giovanni allo Stiller; si riconosce infatti sempre meglio come il fattore costituzionale entri per una parte notevolissima nel determinare l'insorgenza e il decorso delle affezioni somatiche e psichiche.

Ci si spiega dunque come ora venga consacrata una speciale rivista allo studio dell'anatomia applicata alla clinica ed alle dottrine relative alla costituzione organica.

La « Zeitschrift für angewandete Anatomie und Konstitutionslehre » sarà diretta dal prof. J. Tandler, con la cooperazione dei professori von Eiselsberg, Kolinko e Martins; sarà edita da Julius Springer di Berlino; uscirà senza limitazioni di data.

La redazione ha sede a Vienna (Prof. J. Tandler, Wien IX, Anatomie).

Auguri sentiti.

I tipi antropologici della Tripolitania.

Il prof. Samuele Ottolenghi ha tenuto su questo tema una conferenza illustrata da proiezioni nella Scuola di polizia scientifica.

I sigari decotinizzati.

La Regìa dei tabacchi ha fatto compiere gli studi per fabbricare e mettere in vendita, seguendo l'esempio delle fabbriche estere, i sigari decotinizzati.

Si annunzia ora che verranno posti in vendita in tutta Italia nel prossimo settembre, al prezzo di 15 centesimi.

Sottoscrizione « pro radium » in Inghilterra.

In vista dei risultati terapeutici straordinari che le sostanze radioatttive sono in grado di far conseguire, il periodico londinese quotidiano « Daily Express » ha aperto una sottoscrizione tra i suoi lettori per fornire agli ospedali di Londra una forte quantità di radium.

La sottoscrizione ha fruttato in pochi giorni 260,000 lire it., le quali si prevede basteranno per acquistare 65 milligrammi di radium puro (100 %): con questa quantità potranno compiersi molte cure efficaci.

(*Brit. Med. Journ.*).

Attentato contro un medico.

Il colonnello medico cav. Natoli, direttore dell'Ospedale militare di Palermo, è stato aggredito da un certo Salvatore Turco, di 28 anni, il quale lo accusava di averlo riformato per tubercolosi alla visita di leva, precludendogli così la carriera militare ch'egli voleva intraprendere.

Quanti medici conta l'Inghilterra.

Il numero dei medici nolla Gran Bretagna sorpassa attualmente i 40,600; la città di Londra ne conta da sola più di 6400.

In questo computo sono compresi anche i medici irregolari, autorizzati in Inghilterra a praticare la medicina.

I regolari o diplomati, detti anche i medici « ortodossi », dottori in medicina, sono 32,000. di cui 20,500 iscritti all'Associazione Medica Britannica; 19.000 circa sono quelli iscritti nelle liste per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Record chirurgico.

In questi tempi di *records* non deve recar meraviglia se anche i chirurghi entrano per questa via, cercando di conquistare il *record* della velocità. Questo *record* molto originale sembra appartenere a un chirurgo degli ospedali di Sain-Etienne, il dott. Viannay, il quale afferma d'aver battuto tutti i *records* anteriori eseguendo un'operazione delicatissima in sessantadue secondi. Il tempo venne cronometrato dall'istante in cui la punta del coltello chirurgico penetrò nella pelle, fino all'esportazione completa del tumore.

Peccato non sia detto di quale tumore si tratti. (*Avv. San.*).

I precursori di Carrel.

Si dà grande merito al dott. Carrel, come di una miracolosa prova di ardimento, per aver tentato di asportare ad alcuni animali molti visceri interni, vedendoli poi sopravvivere in tali condizioni. Ebbene, la possibilità della vita dopo l'estirpazione dei diversi organi parenchimatosi è stata opera dei saggiatori italiani del secolo XVII e XVIII, Sancassani, Zambeccari, Valsalva, Vallisneri. Benemerito di tali studi è in special modo Giuseppe Zambeccari (1659-1729), anatomico alla Università di Pisa, seguace della scuola naturale del Redi, il quale scrisse nel 1680 un opuscolo, rimasto classico e divenuto ormai raro, dal titolo *Esperienze intorno a diversi visceri tagliati a diversi animali viventi....*

Senza dunque tentare di diminuire il merito di Alexis Carrel non si devono dimenticare i nostri grandi predecessori, i quali, senza il mecenatismo dei miliardari americani, seppero compiere cose altrettanto mirabili. (*Ivi*).

Onorari principeschi.

Riproduciamo dalla « Vita Sanitaria »:

Le quattrocentomila lire di compenso fissate ai medici che curarono Morgan durante l'ultima sua malattia fanno ricordare al *Resto del Carlino* altri casi di colossali onorari a sanitari illustri.

Alcuni anni fa, alla Corte di Russia, il dottor Demsdale vaccinò la czarina. Per la sua fatica ricevette 200 mila lire di onorari, più 125 mila lire per spese di viaggio e una pensione di 120 mila lire.

Il dottor Lapponi, che curò Leone XIII, ricevette appena 125 mila lire, mentre un medico inglese, per aver operato di un cancro alla gola Federico III, intascò più del doppio. Anche meno del dottor Lapponi ebbero i dottori che curarono la regina Vittoria: appena 50 mila lire. Un professore tedesco ricevette da una signora 105 mila lire per una operazione eseguita a New York. In Francia una signora malata di appendicite pagò centomila lire al dottor Doyen per un'operazione.

Richiesta di pelle umana.

In seguito ad una esplosione avvenuta in un magazzino di grani a Buffalo, nel Nord-America, 70 persone rimasero uccise, sessanta altre vennero raccolte con profonde scottature e trasportate all'ospedale della città. Questi feriti ricevettero le prime cure ma oggi i medici rivolgono per mezzo della stampa un appello al pubblico, chiedente trecento persone di buona volontà che acconsentino a fornire diecimila pollici quadrati di pelle umana, ossia circa sette od otto metri quadrati. Questa preziosa superficie di pelle sana sarà innestata sulle regioni abbruciate dei disgraziati feriti (*Ivi*).

La propaganda igienica per mezzo del teatro.

Ad istanza della Società tedesca per la prevenzione delle malattie sessuali è stato tradotto dal francese in tedesco, il dramma: *Les avariés* di Brieux e rappresentato al « Deutsche Theater » di Berlino, il quale appartiene a Reinhardt, l'autore del *Miracolo*.

Il dramma illustra le tristi sequele della sifilide nel matrimonio. Ha lo scopo di assicurare una propaganda più efficace di quella che può esser fatta con articoli, opuscoli o conferenze.

La prima rappresentazione ebbe luogo il 23 giugno.

La Lega Austriaca dei medici astinenti

presieduta dal reputato igienista prof. Wechselbaum, ha diramato una circolare alle direzioni degli ospedali per sollecitarle a sopprimere il vino e la birra dalle diete ospedaliere.

L'uso di queste bevande era giustificato negli ospedali quando si attribuivano virtù alimentari all'alcool; ma oggi esso ha per unico risultato di convalidare nel popolo la credenza che non convenga rinunziarvi.

Le bevande alcooliche dovrebbero essere riservate negli ospedali a casi definiti e prescritte come veri medicinali.

Da peritonite acuta è stata troncata nel nativo Vinchiaturo (Campobasso), la giovane e promettente esistenza del dott. **Carlo Pistilli**, ispettore sanitario nelle Ferrovie di Stato.

Era da poco laureato nell'Università di Roma, quando vinse il concorso di allievo ispettore. S'è dimostrato funzionario intelligente, alacre nel suo dovere, ricco d'iniziative. Basta ricordare che, nella mattina del terremoto di Reggio, fu il medico che subito organizzò i soccorsi fra i pericoli e il terrore della situazione: esempio di coraggio, di abilità, di abnegazione, per cui fu decorato con medaglia d'argento.

D'animo aperto alle più larghe concezioni della vita, di carattere mite ma risoluto. fermo di volontà, zelante del suo dovere, affezionatissimo alla famiglia e agli amici, dolce con gli ammalati, pur non avendo vissuto che 32 anni, lascia traccia luminosa del suo passaggio, lascia un vuoto fra gli amici e colleghi.

Noi che ne conoscemmo l'innata bontà e ne apprezzammo l'altezza del sentimento e l'intelligenza pronta, non solo diamo sfogo all'interno dolore con questa manifestazione, cui certo s'associano quanto conobbero Pistilli, ma vorremmo porgere un conforto alla straziata famiglia che perde l'unico figlio. *a. v.*

Rassegna della stampa medica.

Münch. Med. Woch., 29 apr. KLEIN. « Roentgenterapia del carcinoma dell'utero, del seno e delle ovaie ». — HIRSCH. « Roentgenterapia dei miomi e della fibrosi dell'utero ». — HALPERN. « Sierodiagnosi dei tumori ». — GRUND. « Sulla miatonia atrofica ».

Gazz. d. Osp., 27 apr. FARGNOLI. « Sulle cause del dolore epigastrico ». — 29 apr. ROMEO. « Voluminoso calcolo fecale inglobante l'utero e simulante neoplasia ».

Le Bull. Méd, 30 apr. WEITZEL. « Tiroidite tubercolare ».

La Sem. Méd., 30 apr. DE BOVIS. « L'occlusione intestinale d'origine gravidica ».

Riv. Ospedaliera, 30 apr. DALLA VEDOVA. « Amputazione femorale sopracondiloidea osteoplastica a cappuccio cinematico ». — PIERI. « Plastica per obliterazione delle cavità ossee ».

Gaz. d. Hôp., 29 apr. BRUN, THIÉRY. « L'uso dell'acido picrico in terapia ».

Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig., 30 apr. VALENTI. « Valore alimentare della carne congelata ».

Proc. of the R. Soc. of Med., apr. « La fibrosite (discuss.). — I raggi X nella diagnosi di tubercolosi polmonare (discuss.). — La ventrifissazione (discuss.) ».

Intern. Cbl. f. Tub.-Forschung, 30 apr. KAUFMANN. « Sulla tecnica del pneumotorace artificiale ».

Revista de Chirurgie, apr. JONNESCU. « Rachianestesia generale ». — NASTA. « L'operazione di Förster Guleke nelle crisi gastriche tabetiche ». — GOMOIN, VASILIU. « Cancro primitivo del cuoio capelluto con metastasi paradossale ».

La Clin. Med. It., apr. LIBERTINI. « Tumore sifilitico del mediastino ». — ABBO. « Contenuto in antifermento peptico del succo gastrico ».

An. d. Depart. Nacional de Higiene, 2. BATTAGLIA. « Sulla profilassi della febbre tifoide ». — « La convenzione sanitaria con l'Italia ».

La Pediatria, 4. LIMA. « Sullo *status lymphaticus* ». — VISCO. « Adenoidismo ed anemia nei lattanti ».

Ann. di Ostetr., 5. COLORNI. « Glicosurie e diabete dal punto di vista ostetrico-ginecologico ». — MACCABRUNI. « Sui metodi di Abderhalden ».

Rev. Espan. de Electrología, ecc., 15. GROIDEL. « Irradiazione roentgeniana delle capsule surrenali e pressione sanguigna ».

Gazz. d. Osp., 1 mag. TANFANI. « Il metodo Carnot nella sciatica ».

Jahresk. f. ärzt. Fortb., mag. « Neurologia e psichiatria ».

Wien. Klin. Woch., 1 mag. MANNABERG. « Roentgenterapia del morbo di Basedow ». — LAUBER. « Paralisi ciclica dell'oculomotore ».

Deut. Med. Woch., 1 mag. KOLLE, HARSOCH, ROTHERMUNDT e SCHÜRMANN. « Terapia delle infezioni tripanosomiache ». — HENIUS e ROSENBERG. « Il siero Marmorek nella tubercolosi polmonare ». — HEGLER, FRAENKL e SCHUMM. « Sulla ematoporfirinuria congenita ».

Zbl. f. inn. Med., 3 mag. SEIFERT. « Rivista generale di rino-laringologia ».

Rev. de Thér., 1 mag. MATHIEU. « Il trattamento chirurgico delle coliti gravi o ribelli e nella stitichezza cronica ».

Ann. de Méd. et Chir. infant., 1 mag. WEILL e MOURIQUAND. « I focolai d'epatizzazione pneumonica silenziosi, alla radioscopia ».

Pathologica, 1 mag. FULCI. « Sulla rigenerazione del timo dei mammiferi ». — QUADRI. « Metodi anafilattici nella diagnosi di anchilostomiasi ».

Le Progrès Méd., 3 mag. CHALIER. « Il trattamento palliativo del cancro del retto ».

The Practitioner, mag. GOODHART. « La stasi periferica ». — FLESHWATER. « L'ipertricosi e suo trattamento ». — WEBL. « Dispepsia ovarica ». — CORNER, CAUTLEY. « La diagnosi delle affezioni addominali acute nell'infanzia ».

Paris Méd., 3 mag. « Numero consacrato alla ginecologia ed all'ostetricia ».

The Lancet, 3 mag. FAIRBANK. « La sublussazione della spalla nell'infanzia e nell'adolescenza ». — CAMPBELL. « L'evoluzione mentale dell'uomo ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.i

L. POZZI, resp.

Anno XX. — *Roma, 3 agosto 1913* — Fasc. 31

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I
IX Padigl., direttore Prof. G. BASTIANELLI.

L'ernia epigastrica dolorosa quale sintoma di ulcera gastrica

per il dott. PAOLO ALESSANDRINI

L'importanza dell'ernia epigastrica come causa di disturbi dispeptici è oramai, soprattutto in Germania, universalmente ammessa; la incostanza però nei singoli casi dei fenomeni subiettivi resta ancora un punto oscuro; giacchè mentre molte ernie epigastriche presentano solo una lieve dolenzia alla pressione e non dànno dolori spontanei, come in vari casi di mia osservazione personale, altre volte sono causa di violenti dolori che per lo più si verificano nei movimenti corporei bruschi ma che spesso insorgono regolarmente dopo ogni pasto e possono essere accompagnati anche da vomito. Si è cercato di spiegare questo vario comportamento sia tenendo conto della sensibilità del soggetto, sia dell'ispessimento della porta erniaria che viene a strozzare il piccolo lipoma, di cui per lo più è costituita l'ernia, sia ammettendo aderenze coi visceri sottostanti o la concomitanza di lesioni organiche dello stomaco o dell'intestino. Allo scopo di contribuire alla soluzione di questo problema riferisco la storia clinica di un paziente da noi studiato perchè si presta a considerazioni di un certo valore diagnostico.

M... O..., di anni 59, industriale.

Padre morto a 66 anni di affezione che il paziente non sa precisare: ricorda solo che soffriva d'ittero e che l'accidente terminale fu un'ematemesi: la madre morì ad 84 anni in seguito ad un attacco apoplettico. Il paziente è fumatore moderato, non bevitore; a 23 anni ebbe ulcera unica e blenorragia. Ricorda che la prima malattia sofferta fu forse una meningite cerebrale epidemica avuta a 13 anni e di cui guarì senza postumi. Ebbe poi difterite, di cui guarì completamente; quattro anni fa ebbe flebite dell'arto inferiore sinistro. Fino dalla giovinezza ha avuto sempre digestione gastrica un po' lenta: doveva stare guardingo nella scelta dei cibi, altrimenti avvertiva senso di peso continuo all'epigastrio. Da un anno e mezzo i disturbi di stomaco che erano prima un po' indeterminati hanno assunto un carattere speciale e costante: il paziente infatti racconta che dopo 3-4 ore circa da ogni pasto,

qualunque sia il genere dei cibi ingeriti, viene colpito da un senso di peso all'epigastrio che diventa poi un vero dolore e s'irradia a destra fin sotto all'arcata costale. Tale dolore dura in media un paio d'ore poi si dilegua spontaneamente, ma il paziente può arrestare quasi istantaneamente le sue sofferenze coll'ingestione di una sostanza alcalina: l'ingestione di altro cibo durante l'accesso doloroso lo attenua costantemente. Questi dolori dapprima venivano a periodi, poi sono divenuti continui ed all'epoca attuale insorgono dopo ogni pasto. L'infermo non ha avuto mai acidità, non vomito nè eruttazioni di cattivo odore, mai feci nere. Durante l'acme dell'accesso doloroso ha da un mese nausea e salivazione che cessa col cessare di quello: nei movimenti il dolore aumenta d'intensità.

L'appetito è ben conservato ma l'infermo si astiene dal mangiare per prudenza: l'alvo è piuttosto stittico. L'infermo riferisce che da vario tempo egli si è notevolmente dimagrato ed è diminuito di peso di parecchi chilogrammi.

Esame obbiettivo. — Soggetto in condizioni generali alquanto scadute: pannicolo adiposo scarso, masse muscolari bene sviluppate. Assenza d'iperplasie glandolari. Colorito della cute pallido, mucose rosee, lingua patinosa. Denti in gran parte mancanti; gengivite da tartaro: le gengive sanguinano facilmente alla compressione digitale. Faringe arrossato ricoperto da una patina di muco.

Torace piuttosto allungato: apici e margini polmonari al loro livello normale, bene spostabili. Nessuna riduzione di suono alla percussione, nulla all'ascoltazione.

Cuore nei limiti normali; nulla di notevole all'ascoltazione.

Polso 78, uguale, ritmico, pressione discreta.

Fegato e milza nei limiti.

Addome flaccido, indolente nei suoi quadranti inferiori: il cieco ed il sigma si palpano e non sono dolenti. Si palpa bene il rene destro. Nella regione epigastrica alla palpazione si avverte un dolore in un punto situato nel mezzo della linea xifo-ombellicale, un centimetro a destra dalle linea mediana, dove si palpa una piccola tumefazione sottocutanea della consistenza del grasso, poco mobile, non riducibile, della grandezza di una mandorla, con diametro maggiore longitudinale. Esaminando il paziente durante l'acme del dolore spontaneo si nota che la piccola tumefazione non si modifica di volume o di forma, però diviene dolentissima alla pressione. La percussione gastrica nella posizione eretta fa rilevare uno stomaco alquanto abbassato (limite inferiore un dito sotto all'ombellico; piccola curvatura tre dita sotto all'apofisi xifoide) in cui a digiuno non si avverte guazzamento: questo sintoma è però evidente dopo l'ingestione della colazione di prova.

Il sondaggio dello stomaco digiuno fa rilevare assenza di ristagno. Non esistono residui dell'uva passa ingerita la sera precedente: l'esame microscopico dell'acqua di lavaggio non fa rilevare nulla di anormale: l'esame chimico non rivela traccia di HCl libero. L'esame del contenuto gastrico estratto circa tre quarti d'ora dopo la somministrazione della colazione di prova fa riscontrare un normale indice di stratificazione ed una chimificazione normale. L'HCl *libero è completamente assente*, l'acidità totale è 15: non esiste muco e la prova della benzidina per le traccie di sangue risulta negativa. La prova dei fermenti fatta coi tubi di Mett riesce positiva. L'ECl libero è anche completamente assente nel contenuto gastrico estratto due ore dopo il pasto di Riegel.

L'esame delle feci fatto due volte a vari giorni di distanza, tenendo il paziente a vitto privo di carne, dimostra una *reazione della benzidina* positiva, ambedue le volte.

L'esame radiografico (prof. De Luca) dimostra uno stomaco a sifone: la camera d'aria è voluminosa e molto trasparente: segue un tratto discendente di media opacità, quindi un tratto molto opaco che forma la parte più declive della porzione discendente ed il polo caudale dello stomaco. La piccola e la grande curvatura hanno limiti netti: la prima scende fino ad 1 cm. al disotto dell'ombellico, la seconda fino a 6 cm.: ne risulta quindi la forma di uno stomaco leggermente allungato: mancano i segni radiologici di una dilatazione atonica. Le onde peristaltiche si formano in modo ritmico e lento verso la metà della grande curvatura e mancano i movimenti antiperistaltici.

Mancanza di deformità e lacune in tutta l'ombra stomacale.

Il vuotamento dello stomaco si compie in modo piuttosto celere, specie nelle prime ore dopo la somministrazione del pasto di Rieder. Alla 2ª ora del cibo somministrato ne rimane nello stomaco solo una quarta parte, e dopo la 3ª ora se ne possono scorgere solamente delle traccie: verso la 2ª ora cominciano i dolori ed assumono il massimo d'intensità verso la terza ora. Alla terza ora dopo la somministrazione del cibo questo si vede quasi tutto accumulato nell'ultimo tratto dell'ileo nel cieco e nella prima porzione del colon ascendente.

Riassumendo, l'esame radiografico dimostra: una forma dello stomaco a sifone leggermente allungato, un lieve acceleramento nel vuotamento dello stomaco, specie nelle prime due ore dopo la somministrazione del pasto, e l'assenza di segni di spasmo o di stenosi pilorica.

L'esame del sistema nervoso è negativo. Non esistono punti dolorosi dorsali.

Concludendo, abbiamo un paziente che si lamenta da circa un anno e mezzo di dolori all'epigastrio che insorgono regolarmente dopo ogni pasto, che aumentano coi movimenti bruschi e che risentono giovamento dall'ingestione degli alcalini.

All'esame obbiettivo si riscontra la presenza di un'ernia epigastrica dolorosa, di anacloridria, di una gastroptosi di modico grado e una reazione della benzidina positiva per due volte nelle feci.

Mettere tutta la sintomatologia accusata dal paziente in rapporto colla gastroptosi non sarebbe in accordo coll'esperienza clinica, giacchè la enteroptosi per sè non dà mai origine a vere gastralgie: i pazienti per lo più accusano un senso di peso all'epigastrio dopo i pasti, talora rigurgito od eruttazioni: essi sono caratterizzati secondo Boas per il loro comportarsi in modo irregolare, parossistico, manca ad ogni modo la costanza osservata nel nostro paziente: ad ogni modo i disturbi cessano del tutto o quasi nella posizione supina, cosa che non si verificava nel nostro paziente.

L'achilia gastrica del nostro infermo non poteva essere incriminata come causa dei dolori, giacchè se, come ha messo in rilievo l'Einhorn, il quadro morboso dell'achilia gastrica presenta talvolta complessi sintomatici che corrispondono in tutti i punti a quelli dell'iperacidità, qui però mancavano i criteri essenziali per far diagnosi di gastralgie achiliche, giacchè queste hanno di caratteristico che vengono mitigate dalla somministrazione di acido idroclorico, mentre la somministrazione degli alcalini, come dice il Boas, non esercità alcuna azione in questo senso: l'opposto cioè di quello che si è verificato nel nostro paziente.

Un'ulcera duodenale si poteva escludere per la mancanza di un tipico « hungerpain » e per la mancanza di periodi dolorosi alternati regolarmente con periodi di relativo benessere.

Restava ad escludere la presenza di un epitelioma o di un'ulcera rotonda. La presenza della reazione della benzidina nelle feci aveva nel nostro caso un valore relativo, perchè potevano essere incriminate come causa di tale reperto le emorragie gengivali. Senza voler escludere un'ulcerazione gastrica, vediamo se altri fattori potevano essere incriminati come causa della sindrome dolorosa nel nostro paziente; voglio intendere cioè l'ernia epigastrica: gli autori recenti attribuiscono tutti una grande importanza alla presenza di queste piccole ernie della linea alba dovute o a debolezza congenita della linea alba, o alla scomparsa dei muscoli negli stati di cospicuo dimagramento o in seguito a traumi, come fattore patogenetico di dispepsia dolorosa: in ogni caso di disturbi gastrici si consiglia perciò sempre una palpazione accurata della regione che va dall'appendice xifoide all'ombellico. Il tumoretto ha per lo più la dimensione di un pisello e può arrivare fino al volume di una noce. Il contenuto dell'ernia è per lo più costituito da un lobulo grassoso properitoneale; molte volte tutto il tumore risulta soltanto di un piccolo lipoma, dietro al quale appare il peritoneo aderente e stirato in forma d'imbuto.

Il grasso sviluppandosi si fa strada tra le fibre della linea alba, distende ed allontana l'una dall'altra le trabecole di questa che intorno all'ernia divengono più ispessite e resistenti, formando un solido anello che spesso impedisce la sua riduzione. Alla palpazione la piccola ernia è per lo più dolente, specialmente durante l'accesso, in cui spesso si nota una consistenza maggiore. L'infundibolo peritoneale spesso contiene una piccola propaggine dell'omento aderente, raramente presenta aderenze col colon e collo stomaco. La presenza dei disturbi subiettivi come ho già detto è incostante: alcune volte i malati accusano un senso di pressione o di stiramento non in rapporto immediato coi pasti ma piuttosto coi movimenti corporei, specialmente se bruschi, e sopratutto nella iperestensione del tronco, altre volte si manifestano con regolarità ad una certa epoca dopo i pasti e sono in rapporto coll'ingestione del cibo che in alcuni casi attenua, altre volte esacerba i dolori. Spesso l'ernia epigastrica sfugge ad un esame ed allora il paziente è curato come se fosse affetto da un'ulcera o da una nevrosi gastrica, ed è notevole a questo proposito il caso del Roth di un paziente che per sette anni aveva emigrato di clinica in clinica ed era ritenuto ora affetto da un ulcus ora da una nevrosi gastrica e solo dopo sette anni si riscontrò una piccola ernia epigastrica, alla cui estirpazione seguì una guarigione immediata di tutti i disturbi. La causa dei dolori, secondo la massima parte degli autori, sarebbe da ricercarsi nei casi di aderenze coll'epiploon in uno stira-

mento trasmesso dall'epiploon al colon e da qui per mezzo del legamento gastro-colico allo stomaco: nei casi in cui i lipomi non presentano una stretta connessione col peritoneo bisogna pensare ad uno stiramento o ad uno strozzamento dei piccoli tronchi nervosi che fuoriescono in corrispondenza dell'ernia.

Nel nostro caso l'insieme delle considerazioni suesposte decise per l'estirpazione operatoria della piccola ernia epigastrica con laparotomia esploratrice.

All'operazione praticata dal prof. R. Bastianelli si constatò che l'ernia proveniva dal grasso properitoneale che si era fatto strada attraverso un occhiello dell'aponevrosi epigastrica: la laparotomia esploratrice fece rilevare una infiltrazione della piccola curvatura. Si praticò la resezione dell'antro pilorico, comprendendovi parte dello stomaco e poi si fece la duodeno-gastrostomia secondo Kocher. All'esame macroscopico della parte asportata si riscontrò un'ulcerazione a bordi ispessiti che all'esame microscopico non dimostrò traccia di infiltrazione neoplastica. La diagnosi anatomica era quindi di ulcera rotonda dello stomaco e di ernia epigastrica dolorosa.

La constatazione di un'ernia dolorosa nel nostro caso avrebbe il valore di una pura coincidenza se in questi ultimi tempi non si fosse richiamata da varie parti l'attenzione su questo fatto. I primi a richiamare l'attenzione sull'esistenza di ernie epigastriche insieme a lesioni organiche dello stomaco furono l'Homborg e il Lindestein, colpiti dal fatto che parecchi dei loro operati di ernia epigastrica morivano poco dopo per cancro. Il Vitzel che l'aveva notato fin dal 1891 metteva in rapporto l'ernia epigastrica cogli sforzi di vomito. Lo Strauss e l'Elsner poi sostengono che, in quei casi in cui l'ernia è rappresentata dalla parete gastrica, la continua trazione determina alterazioni circolatorie che rappresentano il substrato per la formazione di un'ulcera. Prescindendo però dalle considerazioni d'indole generale che parlano contro un tale modo di vedere, questa interpretazione non vale certo nel nostro caso in cui il sacco erniario era completamente vuoto. Più plausibile mi pare l'ipotesi che l'ernia epigastrica e la lesione gastrica siano processi indipendenti ma che la prima affezione per sè indolente diviene dolorosa quando esiste un processo ulceroso a carico dello stomaco: questa ipotesi ammessa da Colombert e Leriche è sostenuta recentemente anche dal Mathieu: l'ernia col divenir dolorosa verrebbe così a rivelare il processo dello stomaco che altrimenti decorrerebbe spesso latente. Non posso negare che, almeno per quei casi in cui l'ernia si accompagna a fenomeni dolorosi spontanei in stretto rapporto coi pasti, l'ipotesi sia molto seducente; resta però a spiegare il meccanismo per cui si stabilisce questa speciale sensibilità a carico dell'ernia nei processi ulcerativi siano benigni o neoplastici a carico dello stomaco. L'interpretazione che ne dà il Mathieu non mi pare almeno nel nostro caso sostenibile: egli crede che vi sia una propagazione del processo infiammatorio che dallo stomaco si diffonde al peritoneo sovrastante e alla massa erniosa epiploica che quindi si comporterebbe a somiglianza di un ganglio linfatico.

Le conclusioni a cui mi sento autorizzato da questa mia piccola nota sono le seguenti:

Nella nostra epoca in cui i metodi d'indagine chimici e microscopici e l'esame radiografico hanno preso il sopravvento nella diagnostica delle affezioni gastrointestinali, non bisogna del tutto trascurare una palpazione accurata dell'epigastrio nei casi di dispepsia dolorosa.

In ogni caso di ernia epigastrica dolorosa, specialmente se il dolore presenta stretto rapporto coi pasti, siamo autorizzati al sospetto di lesione gastrica (carcinoma od ulcera).

I sintomi di un'ulcerazione gastrica in una persona di età avanzata anche se si accompagnano ad anacloridria non sono indizio assoluto di un'ulcera neoplastica ma si hanno anche in casi di ulcera rotonda callosa.

BIBLIOGRAFIA.

KUTTNER. Mitteilung a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir., d. BI, p. 661.

LINDENSTEIN. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 57, p. 293.

CALVO. Rivista critica di Clinica Medica, 1902.

SRAUSS. Verh. d. XX Kongr. f. inn. Med., 1902.

CAPELLE. Beitrage zur klinische Chirurgie, 1909.

SAFER. New York Med. Jour., 1 agosto 1910.

COLOMBERT. *Relation entre les hernies épigastriques et les lésions possibles des organes sous-jacents.* Lyon Méd., 1911, pag. 698.

BERARD. Id.

LERICHE. Id.

MATHIEU. Mois Thérapeutique. Avril, 1912.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Spina bifida.

(CARRIÈRE. *Paris Médical*, marzo 1913).

In conseguenza di un arresto di sviluppo degli archi vertebrali, il midollo ed i suoi involucri si trovano situati direttamente sotto la pelle, o al di fuori di essa, sì da formare delle volte dei veri tumori.

In alcuni casi la spina bifida è *latente*, cioè non è visibile, perchè l'apertura del rachide è ricoperta da pelle normale, a volte cicatricea o depressa.

In altri casi attraverso l'apertura anomala del canale midollare si produce un'ernia sotto forma di:

a) *meningocele;*
b) *mielomeningocele;*
c) *mielocistocele.*

Il *meningocele*, che è la forma più rara, è costituito dalle sole meningi erniate ripiene di liquido, mentre il midollo è contenuto nel canale vertebrale.

Il *mielomeningocele* si dice *aperto* se anche gli strati cutanei son rimasti interrotti, in modo da avere una vera estrofia midollare; si dice *chiuso* se il rivestimento cutaneo è completo, e il midollo è contenuto in un sacco al quale aderisce sulla faccia profonda.

Il *mielocistocele* si dice *puro* se è costituito da una vera cisti del canale ependimario, sessile o peduncolata; il *mielocisto-meningocele* in più è composto da un meningocele dorsale, ventrale o totale. In tutti e due i casi, sotto la pelle assottigliata od ulcerata, si riscontra una cavità cistica applicata direttamente sotto di essa, e la membrana ependimaria formata da nevroglia e cellule embrionali; la faccia interna è tappezzata da epitelio cilindrico o ciliato.

Il tumore è per lo più mediano; il suo volume varia da quello di una ciliegia a quello di una testa di feto a termine; è sessile o peduncolato; la superficie può essere liscia e regolare, più spesso è mammellonata, lobata od ombelicata; la pelle può essere normale, pelosa, squamosa, ecc., spesso è sottile e trasparente quasi, facilmente si ulcera. Spesso sotto la cute si osserva uno strato di tessuto connettivo, aponeurotico e muscolare, nello spessore del quale si riscontrano a volte dei tubercoli ossei che rappresentano le lamine vertebrali arrestate nello sviluppo, oppure dei fasci di vasi dilatati che rappresentano le vene dei plessi rachidei.

La cavità è regolare od irregolare, unica o suddivisa, tappezzata dall'aracnoide; la dura madre non oltrepassa le lamine vertebrali; nel mielocistocele la parete è tappezzata dal midollo. Al centro si riscontra l'orificio del canale vertebrale, di varia forma e grandezza, che può obliterarsi, ed allora si hanno delle vere cisti esteriorizzate.

Se il sacco erniario comunica col canale midollare, il liquido contenuto è identico al liquido cefalo-rachidiano, può intorbidarsi se il sacco è chiuso ed infiammato, è untuoso nelle forme cistiche, può riassorbirsi. Nel sacco, oltre il midollo, possono aversi dei cordoni nervosi.

La patogenesi della spina bifida è ancora molto mal nota; è certo soltanto che essa dipende da mancata saldatura degli archi vertebrali. La spina bifida è più frequente nelle regioni lombare e cervicale, perchè queste regioni si sviluppano più tardi della regione dorsale. Così gli archi vertebrali posteriori rimangono aperti più spesso degli anteriori, perchè si saldano più tardi. Così i mielocistoceli sono più rari dei meningoceli, perchè il midollo si sviluppa prima della meningi.

Se il sacco erniario comunica col canale midollare, il suo volume e la sua tensione aumenta nella posizione eretta del paziente e durante gli sforzi, diminuisce se si rovescia la testa in giù; con la pressione può diminuire il suo volume, ma si possono avere fenomeni convulsivi o sincope, dovuti all'aumentata tensione del liquido cefalo-rachidiano o, secondo altri, per azioni riflessa inibitrice mediante la compressione diretta degli organi nervosi contenuti.

Nella spina bifida si possono avere disturbi della sensibilità (anestesia, analgesia, ecc.), della motilità (paralisi), del trofismo (atrofie muscolari, desquamazione, male perforante, clinodattilia, deformità od assenza delle unghie).

Frequentemente con la spina bifida coesistono altre malformazioni congenite (labbro leporino, scoliosi, sindattilia, ecc.).

Il pronostico della spina bifida è grave. La rottura spontanea del sacco e l'infezione ascendente sono le cause abituali di morte. Nel primo anno di vita la mortalità supera l'80%. Un gran numero dei sopravvissuti sono degli infermi cronici.

I meningoceli sono i meno gravi; i mielo-meningoceli aperti sono rapidamente fatali.

Le applicazioni locali di pomate risolventi e di soluzioni astringenti, i mezzi di protezione e di riduzione del tumore costituiscono vere cure palliative. La puntura evacuativa con l'aspiratore del Dieulafoy seguita dalla compressione ha dato al Ghibbaud risultati notevoli: su 31 casi, 13 successi, 16 morti, 1 caso dubbio, 1 insuccesso. Si sono tentate molte sostanze modificatrici per iniezioni: sopratutto la soluzione iodo-iodurata *ana* al 10 % in acqua distillata, e la soluzione in glicerina di iodio metallico al 2 % e di ioduro di potassio al 6 %.

Si aspirano 10 cmc. di liquido, e si iniettano X-XV gocce della prima soluzione o 2 cmc. della seconda, e si comprime. Questo metodo ha dato il 76 % di buoni risultati.

L'elettrolisi e l'incisione sono pericolose od inutili.

La legatura elastica progressiva ha dato 17 successi su 20 casi trattati.

Il trattamento chirurgico raccoglie il maggior numero dei suffragi. Si disseca, se è possibile, o si incide per lungo il sacco, cercando di moderare la fuoruscita del liquido; si isola dalle sue aderenze fin che è possibile e si riduce il midollo; si riducono i fasci nervosi o, se non è possibile, si resecano; si formano i vari piani e si sutura a strati.

Alcuni autori hanno cercato di chiudere la parte posteriore della colonna vertebrale con lembi periostali, con frammenti ossei eterogenei, con l'auto-osteoplastica delle lamine vertebrali o con un frammento preso dall'osso iliaco o dalle costole.

Se il tumore minaccia di ulcerarsi, bisogna intervenire subito dopo la nascita. È meglio astenersi nella forma molto rapida con idrocefalia grave, nelle forme enormemente voluminose; se coesistano complicazioni nervose gravi, o se vi siano gravi stati cachettici. La spina bifida latente non dev'essere operata P. SABELLA.

MEDICINA.

Sul nistagmo durante la febbre.

(BECK e BIACH. *Wiener klin. Woch.*, 1912, *n.* 46).

Oltre che nel 60 % dei malati di orecchio o di nervi, il nistagmo nelle posizioni laterali estreme dei bulbi oculari è stato osservato da Ruttin nella erisipela, prima ancora che comparisse il caratteristico arrossamento della cute; da Beck nei sifilitici al periodo secondario con manifestazioni cutanee gravi; da Barany nella intossicazione alcoolica acuta.

Gli AA. hanno ricercato la presenza del nistagmo in numerosi individui affetti da malattie infettive febbrili (polmonite, reumatismo articolare, angina, tifo, pericardite acuta, infezione gastro-intestinale, scarlattina), avendo naturalmente cura di scegliere casi in cui non esistevano lesioni auricolari. Gli AA. hanno riscontrato che anche in queste malattie compariva il nistagmo nelle posizioni laterali estreme degli occhi. Nella maggior parte dei casi l'insorgere e lo scomparire del nistagmo coincideva con l'iniziare e con il cessare della febbre; tuttavia in alcuni infermi il nistagmo persisteva quando era già scomparso ogni aumento di temperatura. In qualche caso il nistagmo era ancora visibile anche molto tempo dopo la guarigione della malattia; certo non sempre si può, in questi casi, escludere che il nistagmo esistesse già prima dell'affezione; ma reciprocamente potrebbe anche ammettersi che il nistagmo, riscontrabile talora in individui del resto completamente normali, sia stato da questi acquisito durante una malattia infettiva acuta, e non sia scomparso al cessare di questa.

Interessante è, secondo gli AA., il fatto che nei tifosi il nistagmo non si riscontra: ciò che appare strano specialmente quando si pensi alla frequenza con cui, dopo il tifo, si manifestano affezioni del sistema nervoso. Anche nei tubercolosi fu notata l'assenza del nistagmo, malgrado la temperatura elevata; il nistagmo esisteva però in un caso di tubercolosi miliare.

Secondo gli AA., il nistagmo osservato in tali casi fa parte di quel gruppo di sintomi che sono ormai da lungo tempo noti nelle malattie infettive acute, e che vengono considerati come fenomeni di origine cerebrale. Come è noto, in questo gruppo venivano tempo fa posti solo i disturbi psichici; ma si va ora sempre più accentuando la tendenza a farvi rientrare anche i disturbi nevrologici, e a studiare il loro meccanismo di produzione nel corso delle infezioni acute, come pure il loro substrato anatomico o fisico. Sotto quest'ultimo punto di vista bisogna tener conto anzitutto dell'agente infettivo e dei suoi prodotti tossici, la cui azione diretta sulle cellule nervose non manca mai, e dà anzi talora luogo ad alterazioni gravi e facilmente riconoscibili. Inoltre bisogna tener presente la partecipazione dei vasi sanguigni, nei quali l'alterazione della parete dà

luogo all'edema e, insieme con la lesione del muscolo cardiaco, ai disturbi di circolo; si hanno così fatti di iperemia e di stasi nel cervello, ciò che può determinare disturbi nevrologici più gravi di quanto possa a tutta prima sembrare. Quali esempi di tali disturbi transitori in rapporto con malattie infettive acute ricordiamo la scomparsa del riflesso patellare, come pure il manifestarsi della rigidità alla nuca (senza che si svolga una meningite) nel corso della polmonite crupale; il comparire del sintoma di Kernig nel tifo; l'apparire del fenomeno di Babinski in stati febbrili transitori (Biach).

È appunto l'analogia di questi sintomi con il nistagmo da essi osservato viene fatta rilevare dagli AA.

Rimarrebbe da stabilire la localizzazione della lesione, la quale dà origine a questo nistagmo; un problema questo per la soluzione del quale si incontrano notevoli difficoltà, prima fra tutte l'assenza, nei casi studiati dagli AA., di ogni reperto anatomo-istologico. Tuttavia gli AA. ritengono importante porre in evidenza che, in qualche caso, il nistagmo era più manifesto in una direzione.

Un identico movimento dei bulbi oculari è stato descritto da Neumann nelle affezioni della fossa cranica posteriore; esso dipenderebbe, secondo Ruttin, dalla lesione di quelle fibre inibitrici, le quali congiungono il labirinto con il cervelletto. In condizioni fisiologiche il labirinto di destra e quello di sinistra hanno lo stesso tono, e quindi l'equilibrio viene mantenuto; ma se le fibre inibitrici che dal cervelletto vanno al nucleo del nervo vestibolare vengono lese da un qualsiasi processo morboso (tumore o ascesso del cervelletto) il tono labirintico dello stesso lato diviene maggiore e ne risulta un nistagmo spontaneo in direzione del lato affetto e una ipereccitabilità del labirinto di questo stesso lato agli stimoli termici.

L'esistenza, in qualche caso d'infezione acuta, di questo nistagmo orizzontale in una direzione, e la constatazione che in questi infermi la reazione labirintica al calore è più pronta e più intensa nel lato verso cui è diretto il nistagmo, stabiliscono una analogia non trascurabile tra il nistagmo osservato nelle affezioni della fossa cranica posteriore e quello che gli AA. hanno messo in evidenza nelle malattie febbrili acute.

V. FORLÌ.

PEDIATRIA.

Lasciamo i bambini poppare al seno secondo il loro appetito. L'abuso della bilancia nel controllo dell'allattamento (1).

(Dott. VARIOT. *Journ. des prat.* 15 febbr. 1913).

Il consiglio di lasciare i bambini poppare al seno secondo il loro appetito, sembrerà certamente retrogrado a parecchi giovani medici. Da circa una quindicina di anni da alcuni medici si consiglia di regolare rigorosamente le poppate al seno nella stessa maniera che si regolano le poppate artificiali, pesando ad ogni poppata il bambino per giudicare se egli abbia ingerito la quantità prescritta di latte in modo che il bambino non ne prenda più del necessario. Parecchie giovani madri, che sono ottime balie, si preoccupano se il loro bambino abbia preso 10 o 15 grammi di latte in più del normale, altre invece sono desolate se il bambino non arrivi a ingerire la quantità fissata: esse hanno paura di non aver latte sufficiente, ed in tal caso la bilancia, che dovrebbe essere solo un apparecchio di controllo, diviene un istrumento di supplizio.

Errori fondamentali relativi alla razione del poppante. La teoria di Budin sulla sovra-alimentazione. — Se le regole fissate per la razione di latte da somministrarsi ad ogni poppata fossero calcolate scientificamante tenendo conto oltre che dell'età, anche dello sviluppo individuale, ecc. allora il regolare in maniera rigorosa le poppate sarebbe forse meno dannoso: ma convien dire che è stato commesso un errore fondamentale nella valutazione della razione. Un gran numero di poppanti, allevati secondo norme per lo più difettose presentano dei disturbi più o meno gravi di ipoali-

(1) Questo articolo merita di esser citato alquanto per esteso perchè di un interesse pratico notevole. Le idee sostenute dal Variot potranno sembrare a qualche medico non giuste, o per lo meno molto audaci. Ed invero se l'articolo non fosse stato scritto da una personalità così autorevole quale è il Variot, esso perderebbe in gran parte il suo valore, poichè potrebbe esser facilmente mal giudicato. Però molti pediatri, specialmente quelli che da parecchi anni si sono dedicati alla pratica infantile, troveranno giuste alcune delle idee espresse in questo interessante articolo, e forse si accorgeranno che qualcuna di esse coincide con dei criteri che, dopo lungo tempo di pratica, essi stessi si sono formati, ma che non osavano esternare nel timore di andar contro a norme divenute per consuetudine tradizionali.
(*N. d. R.*).

mentazione, e, bisogna pur dirlo, soffrono la fame. Non è difficile risalire alla origine di questo errore che è dovuto sovrattutto all'illustre Budin, le cui norme sono considerate come dogma intangibile dalla maggioranza dei medici. Il Budin così si esprime per mettere in evidenza i pericoli della sovra-alimentazione: « Se il bambino ingerisce troppo latte cresce dapprima in maniera eccessiva di peso, ma poi la sua *curva* si arresta e ben presto discende: le feci divengono più frequenti, diarroiche, miste a grumi bianchi, e infine verdastre o completamente verdi. Il bambino presenta rigurgito, e dopo qualche tempo vomito. Se la bilancia dimostra che il bambino ingerisce troppo latte, e qualche volta ne prende in due o tre minuti fino a 140 o 150 grammi, si diminuirà la durata della poppata la quale sarà solamente di cinque minuti e qualche volta anche di quattro, tre o due minuti. Allora ben presto tutti i disturbi, quali la diarrea, i rigurgiti ed il vomito scompariranno, ed il bambino tornerà ad aumentare di peso ». Secondo Budin la dose giornaliera di latte che un bambino deve ingerire corrisponde a 100 grammi per ogni chilogrammo di peso del corpo, cioè equivale ad un decimo del peso del bambino.

La razione normale del neonato è di $^1/_6$ del suo peso e non di $^1/_{10}$. — La razione alimentare, così come è fissata dal Budin è insufficiente: la formula applicata da un gran numero di medici ha fatto un gran numero di vittime tra i poppanti allevati al seno, i quali hanno presentato i sintomi della ipoalimentazione quali il vomito, la diarrea, le feci verdi e lucide. Il male si è in qualche caso aggravato perchè spesso si sono attribuiti questi sintomi alla sovra-alimentazione, mentre il bambino soffriva per inanizione.

Le osservazioni numerose fatte in varie Nazioni da parecchi ricercatori sono concordi nel fissare la razione quotidiana di latte di donna per un neonato normale ad $^1/_6$ del suo peso. Questa razione discende poi spesso ad $^1/_7$ dopo il terzo mese. Siccome la composizione del latte di donna non ha nulla di fisso, questa legge subisce delle variazioni. È evidente che il bambino soffre la fame se ingerisce giornalmente solo la decima parte del suo peso di latte invece della sesta parte. Le idee dottrinali del Budin, applicate fino ad ora come parole di evangelo, non sono esatte, ed hanno fatto soffrire la fame a molti bambini.

Inconvenienti frequenti della unilateralità delle poppate. — Una delle cause più frequenti che determinano i disturbi dovuti alla ipoalimentazione (ristagno del peso, vomiti, ecc), è costituta dalla *unilateralità* delle poppate al seno. Molti medici, sempre preoccupati al timore della sovra-alimentazione, non mancano di raccomandare alle madri di far poppare il bambino da una sola mammella. Questo consiglio può essere utile nelle prime settimane, quando la capacità gastrica del poppante è ridotta e quando la nutrice abbia latte troppo abbondante: ma riesce dannoso dopo il secondo mese di età. Quante volte l'A. ha ottenuto di far crescere un bambino il cui peso era troppo basso, semplicemente facendolo succhiare da tutte e due le mammelle in ogni poppata! Spesso questo consiglio è stato sufficiente a far cessare i vomiti dovuti a null'altro che ad ipoalimentazione! L' unilateralità delle poppate ha spesso come conseguenza la diminuzione rapida della secrezione lattea.

La mortalità dei poppanti allevati esclusivamente al seno dalle nutrici della campagna. — I disturbi attribuiti alla sovra-alimentazione, sono in realtà molto meno notevoli di quel che comunemente si creda, e consistono generalmente nel rigurgito che si produce al momento della contrazione spasmodica dello stomaco, poco dopo la poppata. L'A. ha fatto una inchiesta presso un gran numero di balie della campagna, e queste spesso affermano che i bambini da loro nudriti hanno in genere avuto rigurgito fino a circa 2-3 mesi di età, ma che questo disturbo non ha ostacolato l'aumento in peso: dopo il 3° mese il rigurgito in genere cessa perchè la capacità gastrica è aumentata. Su parecchie migliaia di balie che hanno somministrato il loro latte in paesi di campagna a bambini abbondonati l'A. ha constatato che la mortalità infantile non fu superiore al 3.14 %. Queste donne erano è vero delle ottime balie, ma erano in gran parte contadine, spesso illetterate, e per lo più ignoranti delle nozioni elementari di igiene infantile. Esse in maggioranza devono aver sovra-alimentato, specie nei primi tempi, i bambini loro affidati, perchè per lo più possedevano una secrezione lattea già avviata quando il neonato veniva loro affidato, e perchè in genere, nella loro ignoranza somministravano il latte senza regola, ogni volta che il bambino gridava.

Alla *nourricerie* Pariot, l'A. fa poppare i bambini ad intervalli regolari, ma li lascia al seno fino a che essi non si mostrano sazi, facendoli attaccare a tutte e due le mammelle: i risultati sono ottimi.

Variazioni della razione presa ad ogni poppata, e della razione quotidiana in bambini che si sviluppano normalmente. — È notevole la diversità delle quantità di latte che un bambino può ingerire in varie poppate. Invano si cercherebbe di scoprire le cause di queste variazioni che non ubbidiscono ad alcuna regola apparente. Sembra che lo stomaco dei bambini, come quello degli adulti, non abbia in ciascun pasto il medesimo appetito.

Una poppata troppo abbondante è generalmente seguita da una più debole.

CONCLUSIONI.

La *fobia* della razione troppo abbondante dell'allattamento naturale, che tante madri ha messo in pena, deve essere messa da parte: lo stomaco di un bambino non è un ricettacolo inerte e rigido, la sua muscolatura permette all'organo di distendersi e l'apparecchio ghiandolare gastro-intestinale è sufficiente a chimificare delle razioni di latte più o meno abbondanti, secondo l'appetito del bambino.

Partendo da questo concetto si deve abolire l'uso della bilancia per regolare l'allattamento al seno? No certo; ma se una giovane madre apparisce robusta, se la secrezione lattea è regolare, ed il bambino è normale e poppa apparentemente bene, è veramente inutile di metterlo sul piatto della bilancia prima e dopo la poppata. Basta pesare il bambino una o due volte la settimana, alla medesima ora, allo scopo di tracciare la curva dell'accrescimento.

Le pesate quotidiane non hanno un valore reale.

L'uso metodico della bilancia deve incominciare solo quando il bambino non cresce o diminuisce di peso: in tal caso si vedrà che il più delle volte la secrezione lattea è diminuita: è raro riscontrare che la diminuzione di peso dipenda da eccesso di alimentazione.

Insomma è necessario che cessi l'abuso della bilancia nel controllo dell'allattamento al seno, e sarà bene che si permetta alle madri di attaccare liberamente i bambini ad una o a tutte e due le mammelle, ad intervalli regolari.

Il buon senso ci dice che il latte deve essere ingerito come un alimento, e non come un medicamento.

M. F.

LEZIONI

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova.

Conquiste e problemi d'iniziativa della ginecologia italiana.

Riassunto della conferenza di chiusura dell'anno scolastico 1913 tenuta il 12 giugno 1913 dal prof. BOSSI, direttore.

L'annuale conferenza di chiusura dell'Istituto ginecologico universitario genovese rappresenta un inventario e un'affermazione delle iniziative della ginecologia italiana.

Se la chiusura dell'anno accademico nella Clinica ginecologica di Genova assume sempre importanza di avvenimento scientifico, questo anno poi — freschi ancora i ricordi delle asprissime lotte con tenacia combattute in nome della scienza e dell'umanità — la conferenza del Clinico genovese, attorno al quale si erano adunati i migliori uomini della nostra città, senza distinzione di classe e di partito, fu una vera vittoria della ginecologia italiana che, con paziente indagine e severità di metodo, potè aggiungere nuove irrefragabili prove alle dottrine enunciate.

L'Università era rappresentata dal Rettore sen. Maragliano e numerosi professori, il Municipio dal sindaco comm. Grasso e molti consiglieri comunali, la Deputazione provinciale dal presidente comm. Zunino, la Magistratura dal Procuratore del Re Carrara, da varii giudici e dal Procuratore generale Setti, l'Amministrazione ospedaliera da quasi tutti gli amministratori; intervennero inoltre molti clinici, medici e largo stuolo di signore italiane e straniere.

Numerosissime le adesioni.

***

Il Bossi, spirito di lottatore senza esitazioni nè debolezze, non si meraviglia delle ostilità e delle accuse che da più parti gli vengono mosse, chè anzi nella sua generosità, direi, quasi le giustifica e le crede necessarie per fare accettare e propugnare la *verità*, meta ultima del suo spirito positivista.

È nemico dell'*ipse dixit* fino al punto di abusare dell'autocritica col ritornare sempre sulle proprie concezioni per provare e riprovare ogni anno la fondatezza e serietà delle stesse e modificarle eventualmente, o sempre più confermarle. Nè paventa la critica, chè anzi nelle non infrequenti visite che scienziati,

specialmente stranieri, attratti dalle nuove dottrine, fanno al suo Istituto, egli espone senza falsa modestia le sue convinzioni, e con sincerità i suoi dubbi, invitando tutti a provare e controllare. Solo una lunga osservazione, da tanto rigore scientifico e da tanta critica confortata, può portare alla sicurezza, alla intima convinzione che le dottrine affermate sono *verità*, e come tali non si distruggono da artificiose asprissime bufere.

Ma poi bisogna por mente che anche pei principii, pei postulati più ovvii occorrono anni di propaganda e di insistenza che scaturisce da una fede formatasi attraverso la lunga e profonda analisi: e quando tale fede è formata ed è grande, si ha il dovere di passare all'azione che vuole essere rapida, intensa, pari alla fede stessa: *Consulta lente, sed quae optima consultata sunt celeriter effice.*

Guidato da tali concetti egli non vuole abusare della cortesia degli intervenuti per fare una rassegna numerica e statistica sul movimento clinico dell'annata in confronto degli anni precedenti, sul numero delle pazienti accolte nelle diverse sezioni, degli atti operativi compiuti, delle lezioni impartite, ecc.

Solo accenna al fatto che su circa 300 atti operativi vi è stata una morta soltanto, mentre dichiara di volersi intrattenere su quei casi importanti, non scarsi neanche quest'anno, che valgono a riflettere nuova luce e a maggiormente confermare le dottrine precedentemente enunciate, e che sono decoro e vanto della Scuola ginecologica genovese.

Queste annuali lezioni di chiusura, egli soggiunge, fatte *coram populo*, rappresentano la *gutta cavat lapidem*, sono altrettante tappe del lungo e laborioso cammino, tappe durante le quali si fa l'inventario sintetico dell'ultimo percorso, e quindi dei nuovi studi fatti, dei nuovi fatti clinici esperiti e che le iniziative della Scuola confermano o modificano.

La sterilità — La deformità uterina dal Bossi chiamata utero a lumaca — *Importanza e frequenza di tale lesione.*

Entrando quindi nel terreno clinico-scientifico si sofferma anzitutto sui danni fisici e sociali della sterilità, sia volontaria che involontaria, ne discute le cause ed espone il suo metodo — già annunciato all'Accademia medica di Genova nel 1897 — che risponde ad un atto operativo semplicissimo per correggere una delle cause anatomiche della sterilità, quella dovuta a vizi di conformazione dell'utero, più frequentemente congeniti, ed in particolare a quella forma che egli chiamò *utero a lumaca* per meglio specificarne la lesione anatomo-patologica.

Tale metodo va ora diffondendosi dappertutto, anche e specialmente all'estero, e ciò ne prova il valore e l'efficacia.

Presenta all'uditorio attentissimo alcune pazienti sane e robuste che erano prima rimaste maritate per alcuni anni senza figliare, sofferenti fisicamente e psichicamente e che ora, corretta la malformazione uterina, sono felici di mostrarsi madri.

Il neo-malthusianismo deve essere combattuto con argomenti clinici dai ginecologi.

Accennando a un processo recentemente svoltosi a Torino si scaglia contro il neo-malthusianismo, dimostrandone, sulla scorta dei casi clinici che presenta, i perniciosi effetti sull'apparato genitale e conseguentemente i disturbi neuro-psichici assai gravi. L'avere qualche figlio di meno non compensa in una famiglia i danni provocati dai disturbi genitali, lo stato di morbilità del sistema nervoso della madre, e qualche volta anche quello del padre. Conclude al riguardo: è meglio avere un figlio di più che una donna divenuta, per malattia, cattiva *menagère*, madre incosciente e moglie pessima.

L'obbiettare che i parti lasciano i genitali ammalati, che quindi conviene limitarli, equivale a suggerire il digiuno perchè mangiando si può fare indigestione.

Il neomalthusianismo, egli riprende a dire, deve considerarsi come una medicina di cui spetta al medico il consigliare la indicazione, il lasciarne ai profani la divulgazione è un vero e proprio incosciente attentato all'avvenire della razza, ed è a meravigliarsi che sianvi anche cultori di scienza medica che, dalla cattedra, tale propaganda sostengono e incitano.

Aggiunge poi che fra il neo-malthusianismo e l'aborto criminale è breve il percorso. E a questo riguardo ricorda la lotta che la sua Scuola ebbe a combattere da anni contro l'aborto provocato criminalmente per moventi egoistici, agitando la questione dal punto di vista delle conseguenze ginecologiche (V. sua

relazione al Congresso di Parigi del 1908). Egli non è alieno di insistere su quanto a Parigi sostenne per colpire i procuratori e le procuratrici di aborto, e cioè di ritenere le pazienti in istato di transitoria incoscienza e quindi non punibili e ciò allo scopo di averle poi valide testi nei relativi processi.

La necessità di una legge che permetta la ricerca della paternità.

Con rigore di argomentazione rileva il grave fatto della mancanza in Italia di una legge che permetta la ricerca della paternità.

Fa una critica spietata del principio che vieta in Italia tale ricerca, sia dal punto di vista della storia, come dal punto di vista del diritto naturale, come da quello dell'interesse sociale. Notato l'aumento progressivo del coefficiente degli illegittimi dimostra come la società, nel proprio interesse ha il dovere di tutelarli e ricorda l'agitazione da lui iniziata fra le provincie (che hanno l'onere degli illegittimi), facendo votare dal Consiglio provinciale di Genova un ordine del giorno per sollecitare una legge pro ricerca paternità. (Seduta del 6 maggio 1908).

La necessità di una legge che permetta il divorzio deve essere sostenuta dai ginecologi, con criteri clinici.

Addentrandosi con vera competenza nel campo della ginecologia sociale da lui creata ed elevata a dignità d'insegnamento, ricorda come la mancanza del divorzio e la sostituzione ad esso di quell'ibrido istituto che è la separazione di corpo, conduce la donna al neomalthusianismo forzato o all'aborto criminale con relative conseguenze ginecologiche ed anche all'infanticidio.

« Il divorzio, egli esclama, non è solamente un problema sociale, ma è anche un problema eminentemente clinico, perchè la separazione di corpo che ad esso male si sostituisce è la più grave infrazione alle fondamentali leggi della natura ».

Ricorda la relazione fatta all'Accademia medica di Genova sulle ragioni ginecologiche che militano in favore di una legge sul divorzio augurandosi che tale iniziativa venga continuata da altri colleghi e da altri Istituti scientifici allo scopo di togliere alla questione le parvenze di pura e arida politica che gli avversari cercano di dare ad essa.

Tubercolosi e gravidanza; il trionfo del principio sostenuto dalla sua Scuola.

D'altro canto si dichiara favorevole (ciò che apparentemente sembrerebbe una contraddizione) dell'aborto provocato per indicazioni mediche nei casi di tubercolosi, e accenna alla campagna da lui ingaggiata anni or sono a Parigi stesso (1905) ove ebbe feroci avversari clinici eminenti, capitanati da Bouchard; mentre l'anno scorso poi nel Congresso di Roma tutti accettarono il principio della interruzione della gravidanza nei casi di tubercolosi, alcuni portandolo anzi — come non raramente succede — alla esegerazione e giungendo anche a consigliare la castrazione delle tubercolotiche.

Contro tale proposta enunciata dal Bardeleben, dal Bumm, dal Martin, la sua Scuola, egli soggiunge, che patrocinò sopra ogni altra l'indicazione del *caso per caso* da discutersi per l'interruzione, deve protestare ledendosi anzitutto il sacro principio di conservazione, essendo ingiusto che la donna debba essere così profondamente menomata in sè stessa per un male del quale non ha colpa. In secondo luogo perchè tale proposta contravviene a un dato di fatto di fisiopatologia, che cioè la castrazione delle donne durante la vita sessuale attiva provoca, oltrechè squilibrii nervosi (talvolta gravi tanto da condurre anche alla pazzia) tali alterazioni e tale inerzia nel ricambio da togliere alla operata ogni potere di resistenza ai morbi, e quindi, nel caso specifico, in cui nostra cura deve essere precipuamente di aumentare i poteri naturali di difesa dell'organismo, veniamo invece colla castrazione a mettere la paziente in tale condizione di minor resistenza da lasciarla più facilmente abbattere dalla tubercolosi.

Tale concetto egli vittoriosamente sostenne al Congresso internazionale (aprile 1912) della tubercolosi a Roma.

Quale deve essere la vera profilassi del cancro dell'utero sostenuta dalla sua Scuola.

Dalla vittoria del suesposto principio è portato a preconizzare non lontano il trionfo di un'altra crociata che da anni ha intrapreso per la *vera profilassi del cancro*, dimostrando come non è profilassi quella che si limita all'asportazione dell'utero quando il cancro è già in atto; profilassi è prevenire, e a questo riguardo

egli da oltre 20 anni va dimostrando con casi clinici evidenti che togliendo in tempo le lesioni benigne si può evitare l'insorgere del cancro, tanto che su parecchie migliaia di donne da lui operate in questo lungo volgere di anni non una si è presentata con cancro dell'utero.

Ricorda appunto come 17 anni or sono egli, per meglio richiamare l'attenzione dei colleghi diede un nome particolare e generico a tali operazioni, quello cioè di *plastiche dell'utero.*

Il trionfo della cura adrenalinica nell'osteomalacia.

Vivo interesse destano nell'uditorio le storie cliniche corroborate da radiogrammi. di *due donne osteomalaciche.* Una recatasi in Clinica a termine di gravidanza, impossibilitata a muoversi e a divaricare le gambe, presentava, come può constatarsi dalle radiografie eseguite dal prof. V. Maragliano, deformità del bacino (b. ovale obliquo) con frattura della branca orizzontale del pube, in essa fu iniziata una cura intensiva, fino a iniettare 4 cmc. nelle 24 ore di adrenalina soluz. al millesimo. La malata migliorò prodigiosamente e potè partorire spontaneamente dopo soli 12 giorni di degenza in Clinica non notandosi nessun effetto dannoso per l'uso intensivo dell'adrenalina, nè sul prodotto del concepimento, nè sulla madre, all'infuori dei soliti disturbi di carattere transitorio. Essa fu presentata agli studenti quando era immobilizata dalle alterazioni acute dello scheletro e dai dolori atroci per ogni piccolo movimento, ed era stato da lui posto il bivio triste, ma inevitabile: « o si giunge in tempo col trattamento dell'adrenalina, e sarà possibile il divaricare gli arti durante il parto senza provocare fratture, o, altrimenti occorre il taglio cesareo, che in un soggetto così misero, in così tristi condizioni di nutrizione, è tutt'altro che privo di pericoli per la vita, e trattasi purtroppo di madre di famiglia con 6 figli ».

« Il nostro metodo di cura la salvò; ciò possiamo affermare con giusta soddisfazione, anche perchè Italiani, trattandosi appunto di priorità nostra ».

La malata potè uscire sana dalla Clinica in 14° giorno di puerperio per recarsi in campagna, allattando il proprio bambino e attendendo contemporaneamente a faticosi lavori campestri.

Una seconda radiografia del bacino praticata prima che la malata si allontanasse dalla Clinica dimostrava correzione della deformità del bacino, mentre la frattura, precedentemente esistita, era in via di consolidazione.

L'altra malata, certa C. M., proveniente da Rapallo, venne inviata in Clinica il 20 novembre u. s. con diagnosi di osteomalacia e quivi confermata tale diagnosi venne presentata agli studenti. Iniziatasi la cura adrenalinica si notarono tosto *fenomeni di intolleranza* piuttosto spiccati fenomeni che più non si manifestarono quando all'adrenalina prima usata venne sostituita l'altra fornita dai *Laboratori Clin di Parigi.*

Furono iniettati in tutto 18 cm. c. di adrenalina Clin al millesimo, ebbe in media ½ cm. c. al giorno, e l'inferma prima a letto immobilizzata in preda ad atroci dolori che le procuravano ostinata insonnia potè lasciare la Clinica il giorno 1° marzo, dopo circa due mesi di degenza ed essere restituita sana alla sua famiglia. Vero è che in questo caso venne con atto operativo guarita una metropatia cronica, il che fa pensare alla possibilità già dalla nostra Scuola enunciata che anche le metropatie possano contribuire a sostenere fenomeni osteomalacici!

Il parto rapido artificiale con dilatazione meccanica (metodo Bossi).

Sfilano poi dinanzi al pubblico commosso madri di famiglia salvate col suo metodo di parto artificiale rapido e coll'istrumento da lui ideato e che va sotto il nome di *dilatatore Bossi*, usato in tutto il mondo e che — come scrisse il Leopold — non dovrebbe mancare, accanto al forcipe, in nessuna busta d'ostetrico.

Speciale interesse desta fra tutte una gestante che affetta da *anemia perniciosa progressiva* e ridotta moribonda, fu salvata dal suo metodo e strumento.

Un'altra malata di 44 anni nonipara fu al 7° mese di gravidanza colta da grave albuminuria che ne mise in pericolo la vita. Ricoverata in Clinica fu dal Bossi operata coll'istrumento di sua invenzione ed ora la presenta sana e grata col bambino in braccio. Tale malata destò speciale interesse perchè tre anni prima era stata tolta dal Bossi stesso dal manicomio restituendola sana di mente alla famiglia (sei

figli vivi), senza che più presentasse in questo intervallo di tempo alcun disturbo mentale. Essa era prima stata internata al manicomio per tre tentativi di suicidio.

Il caso, già pubblicato nella relazione al Congresso di Roma del 1911 (*Rapporti fra psichiatria, ostetricia e ginecologia*) è oggi più che mai interessante perchè da più di due anni detta paziente (una donna di Pieve di Sori) trovasi ad accudire la numerosa prole senza più presentare disturbo alcuno, e la sopravvenuta gravidanza a 44 anni con complicanza di gravissime lesioni renali (cilindri, epiteli renali, albuminuria grave, ecc.) non apportò alcun squilibrio mentale. Il neonato di poco più di sei mesi di vita endouterina fu miracolosamente salvato nutrendolo per 23 giorni col *gavage*; e la brava donna affermava che preferiva morire essa che perdere questo ultimo bimbo. Ed ha a casa sei figli — quale lezione pei neomalthusiani..... specialmente ricchi!

È ovvio come sia questa donna, sia l'altra dell'anemia perniciosa progressiva (operate entrambe quasi moribonde) non si sarebbero salvate se non si fosse intervenuti praticando il parto artificiale rapido col dilatatore Bossi e rappresentano quindi un altro ottimo contributo, se pur ve ne ha bisogno, a dimostrare i vantaggi di tale metodo da lui ideato.

Le cerviciti e endocerviciti e le retrodeviazioni dell'utero in gravidanza quali cause frequenti d'aborti e di morbilità dell'utero puerperale.

Da molti anni, egli soggiunge entrando in altro argomento, con insistenza cerco di diffondere fra i colleghi quest'altra verità, che cioè vi hanno lesioni di continuo del collo dell'utero talora aventi solo l'aspetto di abrasioni, talora quello di vere piaghe suppuranti e anche vegetanti (cerviciti e endocerviciti in gravidanza) le quali o provocano l'aborto, o vengono diagnosticate — se molto avanzate — carcinomi del collo, conducendo ad atti operativi disastrosi, o, se la gravidanza va a termine, costituiscono la causa di autoinfezioni puerperali, di subinvolizione puerperale, di metriti,ecc.

Orbene dimostrai sempre su numerosi casi che ogni anno presento, che tali lesioni si possono e si devono guarire, si possono medicare senza danno della paziente, e che guarendole scompare la multiforme fenomenologia fisica che le accompagna.

Incontrai in generale scetticismo, ma in oggi così dall'estero, che dai vari centri italiani giungono conferme autorevoli e la nostra Scuola può asserire di avere scritto così un nuovo capitolo fra le complicanze della gravidanza e le cause di aborto.

Passa rapidamente in rivista i molti casi clinici dimostrativi avuti durante l'anno accademico sia in Clinica, sia all'ambulatorio annesso alla Clinica e ne presenta alcuni.

Egualmente tratta l'altro capitolo che spetta particolarmente alla sua Scuola, quello della retrodeviazione dell'utero in gravidanza quale causa frequente e non a sufficienza conosciuta di aborto, sulla necessità e innocuità del cui trattamento già tanto scrisse, lieto che finalmente ora anche i più scettici ammettano quanto da tanti anni egli affermò.

Primum non nocere.

Rievoca la base del suo insegnamento clinico nel detto inciso a grandi caratteri sulla parete dell'anfiteatro: *Primum non nocere* a proposito di un interessante caso di *completa atresia della vagina e gravidanza* occorso in Clinica. Trattasi di giovane e robusta sposa rimasta incinta senza che neppure sotto la narcosi si riuscisse a rintracciare solo le vestigia del canale vaginale. La vulva era regolare e vagina non ne esisteva per modo che il coito avveniva esternamente. Egli potè accertarsi che nè in vescica nè nel retto vi era sbocco del canale cervicale.

La gravidanza proseguì a termine regolarmente e allora un grave dubbio si presentava: o taglio cesareo pur essendovi un bacino normalissimo, o attendere gli eventi. Ma quali eventi?

Egli ebbe fede nella natura: logicamente pensò che se i nemaspermi erano penetrati nell'utero dovevano aver trovato una via, sia pure capillare.

Poteva così accadere che contraendosi l'utero durante il parto e modificandosi anatomicamente tale canale capillare non rintracciabile, si sarebbe aperto e dilatato dall'interno allo esterno per opera del sacco amniotico.

E così realmente e, dir si deve, miracolosamente accadde. Dopo molte ore di energiche contrazioni uterine durante le quali egli non volle aprire l'addome della paziente, si fece strada il sacco amniotico dall'interno all'esterno fino a mostrarsi alla vulva. Continuò la dila-

zione e avvenne un parto spontaneo di un feto di 3990 grammi e 52 cm. di lunghezza.

La fede nelle forze naturali, il *primum non nocere* trionfarono e il caso rimarrà come esempio clinico di grande importanza.

La puerpera trovasi presente col bambino in braccio piangendo per l'emozione.

E in rapporto al *primum non nocere* riferisce i molti casi nei quali evitò atti operativi demolitori soggiungendo che, diversamente di quanto è nel campo sociale, dichiarasi nel campo clinico ginecologico *supremamente conservatore.*

Occorre introdurre nei trattati di ginecologia un capitolo di psicoprofilassi.

Una grande questione è quella che egli chiama *psicoprofilassi.*

Come esiste nella terapia psichiatrica e neuropatologica la psicoterapia, tanto più deve esistere e devesi diffondere la *psicoprofilassi.*

È già empiricamente noto che i patemi d'animo hanno una deleteria influenza sull'organismo e in ispecie sul sistema nervoso.

Ora egli ha studiato l'influenza dei traumi psichici nella donna e ha riscontrato sulla scorta di innumerevoli casi clinici che quando la donna è in corrispondenza dei periodi mestruali o durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento, o nell'età critica, gli effetti dei traumi psichici sono assai più gravi. Trovò poi talora quasi fatali i traumi psichici nelle metropatiche.

Potè così dimostrare che a vicenda si influiscono le alterazioni genitali e i turbamenti psichici, che cioè un patema d'animo può provocare alterazioni funzionali anatomiche dei genitali e peggiorare assai le alterazioni esistenti.

Disse che lo stesso stato d'ansietà in cui vive la donna che o teme una gravidanza o la desidera, costituisce un trauma psichico subbiettivo accentuantesi particolarmente in corrispondenza dei periodi più critici, i mestruali, con grave danno dell'apparecchio genitale e delle sue funzioni.

Egualmente dicasi dello stato di demoralizzazione nel quale vive la donna che essendo ammalata dal lato genitale e avendo di conseguenza molti disturbi generali fisici e psichici non è creduta o meglio non è curata e guarita nella causa, essendo giudicata isterica o capricciosa o visionaria.

Tale stato d'animo creato dal sentirsi male, dall'aver sofferenze vaghe, ma tormentose, dal non essere nè capita nè compatita, costituisce dice il prof. Bossi, *un trauma psichico subbiettivo continuativo* che ad un tempo deprime il sistema nervoso e lo esaurisce mentre peggiora lo stato dei genitali aggravandone gli squilibri circolatori.

Sono noti i casi di amenorrea da patema d'animo perchè il pubblico profano stesso richiama su essi l'attenzione, ma il ginecologo non ne ha ancora studiati nè i particolari nè le conseguenze, e al riguardo un nuovo capitolo si impone nei trattati di ginecologia.

Si impone tale capitolo anche pel fatto che sarà sovente molto utile per l'eziologia delle metropatie. Molte forme infatti di metropatie che dànno svariate manifestazioni in tutti gli apparecchi, simulando cardiopatie, fenomeni asmatici, isteria, gastropatie, pseudo-epilessia, ecc., non rimarrebbero occulte e sarebbero quindi in tempo curate se nelle anamnesi si tenessero in maggior conto i traumi psichici quali possibili *importanti momenti eziologici di metropatie.*

Presenta a tale riguardo due casi di donne giovani, le quali avevano avuto un grave patema d'animo, l'una in settembre e l'altra in ottobre 1912.

La conseguenza fu l'amenorrea che poi fu seguìta da grave anemia e denutrizione e in entrambe da un'ascite.

Le molteplici cure per alcuni mesi rivolte solo a curare lo stato generale rimasero inutili e *a priori* si pensò a tubercolosi peritoneale ed entrambe le malate furono giudicate inguaribili.

Presentatesi al prof. Bossi, egli dal lato anamnestico sopraesposto fu condotto a fare un attento esame dei genitali, li trovò malati in entrambe, intervenne operativamente col metodo conservatore e in entrambe si ebbe come una resurrezione dell'organismo non solo, ma la scomparsa del liquido ascitico.

Se si fosse data la voluta importanza al trauma psichico e alla conseguente amenorrea, certamente la cura causale si sarebbe effettuata assai prima, evitandosi il grande depauperamento organico e le grandi sofferenze di tanti mesi.

La grande influenza dei traumi psichici nella donna.

E per rapporto appunto all'importanza del trauma psichico presenta un interessante e commovente caso che provoca le lagrime in gran parte dell'uditorio.

Trattasi di una ragazza di 20 anni la quale si sviluppò a 13 anni con dolori e poi all'avvicinarsi del secondo periodo mestruale avendo avuto il grave patema d'animo della morte del padre (che lasciava 6 figli), rimase amenorroica e insorsero subito convulsioni, le quali man mano assunsero tutti i caratteri di convulsioni isteriche classiche.

Fu curata per 7 anni con grande zelo da varii distinti clinici anche per l'interessamento di persone distinte del paese, ma invano.

Tutte le cure mediche furono esperite così da internisti che da psichiatri.

Da più di un anno era stato necessario tenerle sempre accanto una suora, perchè sovente cadeva per strada in preda agli accessi. Il vicinato protestava per le continue grida e minacciava di non più pagare gli affitti.

L'infelice madre, vedova e con 6 figli, si trovava così nel bivio (avendo consumato tutti i mezzi di fortuna per curarla) di doverla mettere al manicomio, perchè in nessun ospedale volevasi accettarla, quando la si accompagnò al prof. Bossi, indirizzata da un'altra paziente. La esaminò e la trovò affetta da malformazione uterina e consecutiva metropatia e la ricoverò in Clinica.

In Clinica fu vista da tutti gli studenti e medici in preda a gravi accessi convulsivi, seguìti da delirii religiosi e da fenomeni di sonnambulismo.

Fu dal Bossi operata nel novembre e in seguito più nessun accesso convulsivo si manifestò, non solo, ma migliorò lo stato generale, scomparvero tutti i fenomeni psicopatici e divenne la più buona, la più paziente e zelante infermiera volontaria della Clinica.

Giustamente domandasi il Bossi: « se si fosse tenuto conto del trauma psichico che provocò l'amenorrea alla quale seguirono i primi accessi convulsivi, avrebbe essa salito il calvario di 7 anni di cure varie, sempre peggiorando fino a giungere al limitare del manicomio? ».

Lo scroscio spontaneo d'applauso di tutto l'uditorio ne dimostrò nel contempo e l'approvazione e la grande emozione, vedendo quella giovinetta florida, dall'aspetto molto intelligente, molto interessante dal lato estetico e sorridente e colle lagrime agli occhi per la gratitudine.

La grande importanza delle conseguenze dell'amenorrea patologica.

E qui egli si addentra nel grave problema dell'amenorrea patologica, rivendicando alla sua Scuola l'averlo messo in discussione e studiato nella sua entità. Ogni anno si moltiplicano i casi che dimostrano quanto egli sia nel vero affermando quanto anche sperimentalmente sostenne e pubblicò in Italia e all'estero che le conseguenze dell'amenorrea il più delle volte si possono sintetizzare in una vera intossicazione dell'organismo, intossicazione che dà luogo ad anemia, a denutrizione o a polisarcia, a inerzia grave di tutto il ricambio, a turbamenti multiformi di tutte le funzioni, a una minore resistenza organica per qualsiasi morbo. Donde la necessità e l'urgenza da lui implorata da anni coi suoi lavori sull'*iperinvoluzione uterina e utero atrofico, sulla resistenza muscolare in rapporto ai periodi mestruali*, ecc., di curare al più presto e con tutti i mezzi l'amenorrea e di non confondere i fenomeni multiformi da essa dipendenti con malattie essenziali.

Psicopatie e malattie utero-ovariche.

Non vuole nè mai volle generalizzare. Combatte le esagerazioni, ma insiste più che mai dopo le osservazioni cliniche le quali vanno ogni anno più moltiplicandosi, che curando in tempo alterazioni genitali femminili e guarendole, si esercita una vera, grande, benefica profilassi contro l'isteria, la pseudo-epilessia, il suicidio, il crimine, la pazzia.

Donne vissute per mesi e anni o a domicilio con pericolo e danni incalcolabili delle famiglie, o nei manicomi, e che oggi sfilano sane di mente, felici e floride dinanzi al pubblico ammirato sono numerose, e man mano che egli in succinto espone i particolari più interessanti di ciascun caso, aumenta la commozione e l'interessamento nel pubblico.

Egli così affronta il poderoso problema che è quasi dominio e privilegio della sua Scuola e che oggi fa oggetto precipuo dei suoi studi.

Contrastato privilegio sia che la resurrezione scientifica rappresenti un errore, come a tutti i costi gli avversari tentano di dimostrare, sia invece che rifletta e assorba gravissimi problemi la cui soluzione dottrinaria e pratica, delineata dal Bossi sin dalla sua prima lezione al corso di Ginecologia (24 anni addietro) si affermi oggi come imponente verità.

Egli si scagiona fieramente dalle accuse mossegli, dagli equivoci ad arte diffusi, dalle affermazioni a lui attribuite e che non ha mai fatto nè scritto. Per questo vuole incidere chiara la sua tesi e darle forza di enunciata verità.

« Si è osservato in molte donne che presentano disturbi e squilibrii mentali più o meno gravi, psicosi più o meno importanti, la preesistenza e la concomitanza di malattie ginecologiche, di lesioni utero-ovariche. La frequenza dei casi, la ripetizione quasi sistematica porta ad una considerazione strettamente e logicamente induttiva. Posto questo nel campo obbiettivo per nuove ricerche, trasportato nel campo sperimentale, si è trovato che di azione benefica è bene spesso la cura delle lesioni utero-ovariche sulle malattie nervose coesistenti ».

Ecco la verità, onde la Scuola giunge a due conseguenze:

1° Alcune forme di pazzia femminile hanno origine nelle affezioni ginecologiche, e poichè in ogni campo rimossa la causa molto spesso si riesce a distruggere l'effetto, per conseguenza si determina che in tali casi si guarisce la pazzia colla guarigione delle affezioni ginecologiche;

2° Ad evitare possibili errori si rinnovi l'ordinamento manicomiale così da consentire che le alienate prima di essere chiuse nei manicomi siano sottoposte ad un esame da parte dello specialista ginecologo e curate e guarite se dal lato genitale ammalate.

« Voi comprendete, egli esclama con gesto nervoso e suggestivo, come tutto ciò abbia potuto sembrare audace fino a suscitarmi contro le ire, dico le ire furenti di alcuni colleghi. La mia dottrina non ricerca soltanto i punti di contatto fra la ginecologia e la psichiatria e tanto meno preconizza — come altri volle affermare — la fusione delle due branche o l'assorbimento di una branca ai danni dell'altra, ma impone invece al sociologo novello studio nella vita del lavoro femminile, che nei suoi eccessi altera le funzioni dell'organismo, e nella vita delle famiglie, le cui ombre, le cui dolorose parentesi, racchiudenti le miserie, i sorrisi contorti nello spasimo delle ire coniugali, possono e devono nei periodi catameniali trovare la spiegazione e quindi la facile eliminazione.

Impone al giurista il dubbio dinanzi all'esame di un delitto femminile che si debba piangere sulla sciagura fisica e non sulla sciagura morale del delinquente.

Impone sopratutto al magistrato che giudica ed infligge la pena di chiedersi se l'ultimo capitolo della scuola penale positiva non debba ancora essere scritto.

Questo problema, esclama concitato, che io chiamai ponderoso, *merita lo studio prima della accanita opposizione.* Se lo scienziato dal campo ristretto ove si esplica d'ordinario la sua attività assurge a più alta meta, a più alta finalità, se con sagace intuito intravede la luce d'una *nuova verità*, ben sarebbe giusto che tutti, volonterosi, aggiungessero lavoro a lavoro per disperdere le ultime nubi che la velano ».

Dichiara che egli con ciò non intende negare valore agli altri fattori della pazzia. Così la ereditarietà, l'ambiente, la educazione, il lavoro, i traumi psichici, son tutti fattori che preparano il terreno, ove intervenga una metropatia, un processo subdolamente infettivo o una deformazione dell'apparecchio genitale, ivi si ha la causa occasionale per lo stabilirsi di forme anche gravi di psicopatie per le quali appare ed è più utile l'intervento a tempo del ginecologo, anzichè il trattamento manicomiale. E alludendo alle recenti polemiche che han messo in rumore il campo degli psichiatri e ai suoi sforzi per curare — di fronte agli equivoci ad arte diffusi — la delimitazione dei confini entro i quali il problema deve essere contenuto, *nego*, esclama indignato, *di aver ammesso che nelle donne unica fonte di alterazione mentale siano gli organi genitali. Non io penso che il cervello abbia spostato la sua sede e che dalla cavità cranica sia disceso nella cavità del bacino femminile. Ammetto che non tutte le psicopatiche siano metropatiche; sostengo soltanto che psicopatiche affette da metropatie esistono, e che ove questa concomitanza si riscontri, sia utile, scientifico, doveroso curare le lesioni genitali per cercare d'influire nella cura della pazzia.*

« Ma non tutte le psicopatiche guariscono » si grida. « Ma sia anche vero ciò. Però alcune dunque guariscono. Ebbene, una sola che sia strappata fra le tante alla notte dell'intelligenza, che sia ridonata sana alla famiglia, perchè ivi assolva ancora la sua missione di madre, di sposa, è già degno compenso alla dottrina e alla pratica mia. Che importa poi sapere nella svariata e mutabile terminologia psichiatrica quali tipi di demenza classificate guariscono? Quale responsabilità incombe sulla scuola ginecologica, se ad essa si muove rimprovero di avere vantato guarigione di demenza precoce o di epilessia? Nelle nostre camere chiare e soleggiate la pratica diede i suoi insegnamenti, ed io ve li riferisco scrupolosamente esatti senza nascondervi i casi di insuccesso, i casi che dovemmo restituire al manicomio dal quale erano stati tolti ».

La riprova materiale, clinica delle sue affermazioni è rappresentata efficacemente dalle ex-pazienti che vengono dinanzi man mano all'uditorio, e fra esse, quattro donne guarite da convulsioni isteriche e pseudo epilettiche, guarendo i genitali; una ragazza di 25 anni che fu per quasi tre anni in un manicomio lombardo e che da tale maniconio passò lo scorso anno alla Clinica, vi fu guarita di alterazioni genitali ed ora da più di un anno vive a domicilio, in campagna, lavorando, in famiglia; una sposa di 24 anni che in seguito ad un parto e ad un trauma psichico in puerperio fu portata al manicomio di Novara e da qui ritirata condotta in Clinica dove fu operata per lesioni residuate dal parto e dal puerperio; una donna vedova di Voltri di 46 anni, madre di 4 figlie, che in seguito ad alterazioni genitali lasciate dal parto ultimo e a gravi traumi psichici fu internata al manicomio di Quarto, poi tolta dalle quattro figlie dietro *undici mesi di pratiche burocratiche estenuanti e avvilenti*, e portata in Clinica con manifestazioni di alienazione mentale e quivi guarita rapidamente guarendo i genitali; tre pazienti che col recidivare delle alterazioni genitali ebbero nuove manifestazioni psicopatiche con relativo internamento nel manicomio e guarite esse pure in Clinica guarendo i genitali.

Su tali casi di recidiva il prof. Bossi insiste rilevando che questo fatto del recidivare degli squilibrii nervosi col riammalarsi dei genitali e la scomparsa di tali squilibri colla guarigione dei genitali costituisce una delle più evidenti conferme delle sue teorie.

« Non guariscono più, o ben difficilmente, egli soggiunge, le pazienti alle quali venne asportato l'apparecchio genitale, le castrate ».

Egli insiste nella lotta che da venti anni ha intrapreso nei Congressi e in pubblicazioni contro l'abuso delle operazioni demolitrici, affermando che la castrazione in una donna che trovasi nella vita sessuale attiva può condurre alle più gravi e tenaci psicopatie fino alla pazzia.

Cita qualche caso a lui stesso occorso quando per necessità, onde salvar la vita, dovette asportare i genitali interni.

« Gli psichiatri, egli riprende a dire, mettono innanzi tale fatto come un argomento contro le mie teorie, che cioè operando sui genitali si creano delle psicopatiche. E riesce strano il pensare che essi non comprendano come la costatazione clinica che coll'asportazione dei genitali si può condurre la paziente fino alla pazzia costituisca la prova più irrefragabile della grande, enorme influenza dei genitali sulla psiche della donna.

« Ma la mia Scuola, egli grida, non ha mai sostenuto la teoria di guarire demolendo, ma sempre in tutti i modi e in tutte le occasioni sostenne il principio di guarire i genitali non solo guarendoli anatomicamente, ma reintegrandone le funzioni.

« E d'altronde, egli sinceramente dichiara, non ho neppur mai detto di guarire tutte le psicopatiche guarendo i genitali.

« Alcune già io stesso restituii ai manicomi, ma le restituii coi genitali sani, quindi con un male di meno e... uno scrupolo di meno per le famiglie ».

E continuando nella interessante rivista di casi, presenta una paziente del Comasco, impazzita in puerperio a seguito di trauma psichico e internata nel manicomio, e guarita poi in Clinica guarendo l'apparecchio genitale. Essa, che entrando in Clinica era insensibile ad ogni ricordo, piange ora al pensiero di ritornare in famiglia per riabbracciare i suoi figli.

Ricorda il caso della O... M..., di Apparizione, che dopo più di tre anni e mezzo dacchè era al manicomio di Quarto senza che il marito potesse levarla in onta a *parecchie* domande inoltrate al procuratore del Re egli la tolse di

là prendendosi tutte le responsabilità di fronte alla legge, e ora da un anno e mezzo circa vive tranquilla in Apparizione comportandosi da buona e avveduta *menagère*.

Presenta una giovane robusta, florida, di Brenno Useria, che circa due anni prima egli impedì che venisse portata al manicomio come era stato consigliato da un direttore d'ospedale e da un valoroso psichiatra il quale aveva fatto diagnosi di *demenza precoce*. Tale ragazza fu guarita lo scorso anno in Clinica guarendo i genitali ed ora da un anno e mezzo trovasi al paese perfetta di mente non solo, ma ottima figlia e *menagère*, utilissima ai due vecchi genitori coi quali sola convive. Di tale ragazza egli mostra gli scritti vergati in Clinica quando era pazza, affetta specialmente da mania ora religiosa, ora erotica.

Vivissima impressione desta pure una giovane sposa che più volte aveva tentato di suicidarsi e sempre in corrispondenza dei periodi mestruali. Tale paziente, certa V... C..., d'anni 21 e maritata da due anni, non luetica era rimasta incinta due volte senza poter mai condurre a termine la gravidanza. La prima volta ebbe un aborto incompleto al III mese e fu necessario per espletarlo l'intervento del sanitario; la seconda volta si ebbe l'interruzione spontanea al VII mese e trattavasi di gravidanza gemellare.

Ambedue i feti nati vivi morirono poco dopo. Questo fatto e l'essere residuate lesioni all'apparato genitale trascurate dalla paziente aggravarono lo stato psichico di essa tanto da destare serie preoccupazioni in famiglia che usava ogni sorta di vigilanza. Un giorno però eludendo un momento l'attenzione del marito scavalcò la finestra del V piano gettandosi sulla strada, ove fu raccolta esanime. Condotta dalla Croce Verde all'ospedale di Pammatone fu ricoverata nella sala chirurgica per la cura delle ferite riportate, ma poichè aveva manifestazioni gravi di pazzia venne dopo pochi giorni trasferita nel reparto delle malattie nervose. Da tale reparto, non ancora perfettamente guarita dalle lesioni chirurgiche, volevasi venisse trasferita al manicomio.

Intanto il prof. Bossi che aveva seguito il doloroso caso del quale si erano diffusamente occupati i giornali cittadini e che aveva inviato in sala chirurgica un suo assistente il quale l'aveva trovata malata dal lato genitale, volle, prima di esporre la malata e la famiglia a tale jattura, ricoverarla nella sua Clinica e curarla dal lato genitale. Quivi fu tenuta in osservazione oltre un mese e presentata a lezione agli studenti; ma poichè in tale periodo di tempo le condizioni psichiche della paziente andarono peggiorando, tanto da gravemente turbare l'ambiente della Clinica, venne operata dal prof. Bossi il giorno 4 maggio. Dopo pochi giorni dall'atto operativo non tardarono a manifestarsi segni evidenti di miglioramento ed oggi trovasi in condizioni da potere abbandonare la Clinica ritornando fra la sua famiglia che ansiosa l'attende e tutto ciò evitando il marchio di una degenza nel manicomio, ove le lesioni genitali sarebbero state se non misconosciute certo non curate con quella competenza e comodità di cui si dispone in una clinica ginecologica.

Ed in ultimo presenta un'altra giovane donna di 26 anni, che figlia illegittima, fuggita dalla famiglia dalla quale era stata adottata e venuta in città come domestica, rimase incinta, partorì prematuramente nella maternità e da qui, ancor puerpera, passò alle sale mediche e poi al manicomio di Quarto dei Mille. Rimase in tale manicomio per circa due anni e mezzo e poi passò al manicomio di Cogoleto, in entrambi varie volte tentando di suicidarsi. Dopo quasi un anno di soggiorno nel manicomio di Cogoleto il direttore Giovanni Depaoli chiese *spontaneamente* al prof. Bossi se voleva occuparsi di curarla dal lato genitale. Venne così accolta in Clinica e presentata dapprima pazza agli studenti e poi il 3 dicembre operata di gravi croniche lesioni residuate al parto prematuro avvenuto nella maternità di Pammatone. Colla guarigione dei genitali scomparvero gli squilibri mentali ed ora da tempo essa presta servizio regolare come cameriera.

« Ma, soggiunge l'oratore, se durante il puerperio patologico invece di inviarla prima nella sezione di medicina interna e malattie nervose e poi al manicomio, si fossero curate e guarite tali lesioni utero-ovariche, sarebbe essa rimasta per circa *quattro* anni al manicomio ?

« Non vi sarebbe neppure entrata, egli risponde, ciò è ovvio pensare se si considera che si riuscì a guarirla dal lato mentale guarendo le alterazioni genitali puerperali dopo due anni e più dacchè esistevano, e ciò che più importa dopo *circa quattro* anni di contagio psichico manicomiale. Chè se non fosse gua-

rita, egli riprende a dire, era a chiedersi se non era da attribuirsi l'insuccesso ad alterazioni del sistema nervoso provocate e dal contagio psichico e dalla lunga lenta intossicazione d'origine genitale.

Quest' ultima considerazione occorrerebbe avessero presente tutti i medici quando devono segnare la sentenza dell' internamento nei manicomi, — sia pure in osservazione — di donne metropatiche ».

Tutti tali casi saranno oggetto di speciale pubblicazione, ma frattanto egli li presenta al numeroso uditorio perchè *de visu* constati i fatti veri e reali, perchè gli studenti che hanno seguito tali pazienti nelle varie fasi ne veggano il risultato finale e diventino altrettanti apostoli convinti delle sue idee non per *jurare in verbo magistri*, ma per quanto hanno veduto, osservato.

Egli con somma tristezza deve pertanto rilevare come finora il suo istituto sia l'unico che, pur non essendo ricco nè di locali nè di mezzi, dà l'esempio di ricoverare, e curare senza danno alcuno nè delle gravide nè delle puerpere, nè delle tante operate di ginecologia, casi anche i più gravi di psicopatia. Si augura che l'esempio suo sia al più presto imitato specialmente in Italia e ciò sia per dovere elementare di umanitarietà, sia per dovere didattico, sia per mantenere all'Italia, in tale grave questione, la priorità.

Il conferenziere conclude. Il pensiero rigido dello scienziato si scalda alla luce dei suoi affetti di uomo. Egli alla balda giovinezza di studenti che lo ascoltano riverenti insegna che scienza e sentimento devono guidarli domani quando nell'esercizio della professione dovranno ricordare di non essere tecnici soltanto, ma anche e sopratutto uomini innamorati del bene.

Una lunga ovazione saluta il prof. Bossi al quale gli studenti, prima che l'adunanza si sciolga, dànno tributo di affetto e di omaggio col breve ma eloquente discorso dello studente Cecconi e con una pergamena veramente artistica.

La commozione che impediva allo studente di leggere chiaramente dinotava a quale emozione fossero in preda gli allievi che lungo la annata poterono ammirare la grande opera di scienziato e di sociologo che il loro maestro compie.

V. DE BLASI.

EPIDEMIOLOGIA.

Sulla localizzazione della malaria alle abitazioni.

Nota del dott. DOMENICO FALCIONI,
medico del Comune di Roma.

La malaria, quale malattia eminentemente autoctona, quale prototipo delle malattie localilistiche, è stata da tutti gli autori sempre come tale descritta.

La stessa cosa però non si può dire della localizzazione di essa alle abitazioni.

Il pericolo di contrarrè l'infezione, non diffuso ovunque in alcune zone malariche, ma insito, e talora limitato proprio alle abitazioni nelle quali, per la presenza dell'uomo malarico e degli anofeli, si è potuto formare e più facilmente conservare il focolaio d'infezione, questo, non è stato ben messo in evidenza o per lo meno, bisogna convenirne, non è da tutti tenuto nella considerazione dovuta.

Ora, perchè, a mio parere, la conoscenza di questo fenomeno s'impone onde poterci formare un'idea chiara e netta sulla malaria e poichè nella lotta contro di essa, detta conoscenza può riuscire preziosa, così non ho stimato inopportuno, sebbene abbia in altre pubblicazioni brevemente accennato all'argomento, fare oggetto di una nota speciale, la localizzazione della malaria alle abitazioni.

Va premesso però subito che questa localizzazione, non è sempre la cosa più facile ad essere rilevata:

Sfugge in quelle località nelle quali i veicoli della malaria crescono in quantità enorme e vi si trovano persone che, sebbene non presentino spesso manifestazioni febbrili, sono tuttavia quasi tutte malariche, perchè ivi i focolai sono generali, il pericolo cioè di ammalare si corre dormendo in tutte le abitazioni e nei loro pressi non solo, ma anche lungi da esse.

Non se ne può parlare affatto in tante altre, pur eminentemente malariche, perchè di abitazioni sono prive, e per tali ragioni è potuto accadere, che la questione delle abitazioni nell'infezione malarica sia stata trattata da qualche autore per attribuirne la mancanza a renderla in alcune zone più grave, piuttosto che per rilevare l'importanza che indiscutibilmente loro spetta nella formazione e nel mantenimento dei focolai malarici.

La localizzazione della malaria alle abitazioni

appare abbastanza palese, quando si considera la diffusione di questa malattia nelle zone di una media gravità.

In una buona parte delle tenute dell'agro romano, per esempio, ci si accorge facilmente, che la malaria è rappresentata da dei punti infetti sparsi qua e là, corrispondenti alle abitazioni.

Si osserva con frequenza infatti che questa malattia viene contratta solo da quelle persone che dimorano in alcune di esse, mentre rimangono costantemente immuni, quelle che dimorano in altre.

Nelle località di malaria mite poi, località completamente bonificate ed intensamente coltivate, come sarebbero i suburbi, la parte spettante alle abitazioni nella formazione e nel mantenimento del focolaio d'infezione, risalta ancora dippiù.

Noi troviamo quivi delle contrade, delle vie dove ogni casa, si può dire, che costituisca un focolaio, perchè è facile riscontrare in tutte dei malarici, ed in tal caso la nostra attenzione non è richiamata sul fenomeno in parola.

Ne troviamo però tante altre nelle quali la disposizione di detti focolai appare saltuaria in modo così evidente, troviamo delle vie nelle quali la limitazione di essi appare così netta a determinate abitazioni, verificandosi spesso che coloro i quali dimorano in alcune ammalano con frequenza di febbri, mentre poco lungi, coloro che dimorano in altre non le contraggono mai, che la importanza della casa, come ambiente che si presta a meraviglia, per farvi annidare e conservare l'infezione, non può apparire più manifesta.

Diviene abituale in noi, a chi ci domanda notizie sul pericolo di contrarre la malaria, d'indicargli le abitazioni nelle quali, dormendovi, si corre rischio di ammalare e, quando abbiamo acquistata conoscenza esatta di una zona, non con sicurezza assoluta, perchè focolai nuovi di malaria, salvo eccezioni, ovunque crescono gli anofeli e si trovano malarici si possono sempre formare e viceversa spegnersi, ma con una certa approssimazione, siamo sempre in grado di stabilire per ciascuna via, le abitazioni nelle quali è probabile o no ammalare di febbri.

L'affermare invero, che l'infezione malarica si contragga dentro le abitazioni, essendo stato sempre raccomandato di ritirarsi presto la sera in casa per preservarsi da questa malattia, può ritenersi un errore, ma non si giudicherà così, qualora si rifletta che l'efficacia di una simile raccomandazione non ad altro può essere attribuita che all'influenza delle cause perfrigeranti sullo scoppio delle febbri.

Generalmente avviene, quando si passa la notte in località malarica, che ci si ammala, e poichè in molti luoghi si dorme all'aperto solo per eccezione, ne deriva, quale logica conseguenza, che la casa rappresenta il più delle volte il luogo dove si contrae l'infezione.

Se del resto ben si considerano le cose ci si accorge con facilità che le abitazioni debbono necessariamente prestarsi a costituire e mantenere un focolaio malarico.

Le abitazioni rappresentano indiscutibilmente un centro verso il quale una infinità di piccoli animali e d'insetti, poichè vi trovano cibo e riparo agli agenti esterni, si sentono attratti.

Abbiamo campo di constatarlo quotidianamente e possiamo anzi asserire che, se una accurata pulizia non tenesse lontani gli insetti, questi finirebbero per invadere addirittura le abitazioni, specialmente quelle che sono isolate in campagna.

Le zanzare anofeli, potendo nella casa trovare il cibo loro prediletto, il sangue umano, e nelle stalle, nei sotterranei, nelle grotte, gli ambienti più adatti per passarvi le ore calde del giorno, non meno di tanti altri insetti amano le abitudini domestiche e si può esser certi che quando hanno la fortuna di nascere vicino alle abitazioni, tendano ad invaderle ed a non allontanarsene.

L'uomo d'altra parte che, se non da tutti è ammesso come l'unico, è certo il solo organismo sicuramente dimostrato quale possibile serbatoio del parassita malarico, le condizioni più adatte perchè venga punto dalle zanzare le offre quando dorme, perciò dentro le abitazioni durante la notte, quando l'avidità di pungere di detti insetti è massima.

Si è affermato che verso sera, ai crepuscoli ed all'alba sia maggiore il pericolo di essere punti e quindi di contrarre l'infezione, ma si deve osservare che le zanzare le quali hanno contratto abitudini domestiche, aspettano la notte e la notte inoltrata per cibarsi del nostro sangue: basta rimanere in osservazione in una camera, dove dormono delle persone, per constatare la grande attività che esplicano questi insetti durante tale periodo.

Ora, date simili circostanze e date le abitudini delle zanzare di non allontanarsi dai luoghi dove nascono, non può accadere altrimenti che le abitazioni, specialmente quelle dotate di stalle,

di ambienti sotterranei, ecc., si prestino a meraviglia a divenire focolai d'infezione malarica, focolai persistenti e talora nettamente isolati; come non può accadere altrimenti che, a parità di condizioni di ambiente, si corra più rischio di contrarre le febbri passando la notte dentro le abitazioni e nei loro pressi, che lungi da esse, a meno che, una accurata difesa meccanica, cosa assai rara a verificarsi, renda impossibile l'ingresso delle zanzare nelle camere da letto.

Noi abbiamo avuto occasione di toccare con mano quanto affermiamo; abbiamo constatato, e l'abbiamo esposto in altre pubblicazioni, che molte e molte persone che passavano la notte a ciel sereno in alcune tenute dell'agro romano non contraevano le febbri mentre, non tanto lontano, fra coloro che dimoravano dentro abitazioni, dove si era formato e veniva conservato il focolaio malarico, verificavamo casi primitivi, come abbiamo constatato più volte che dei pastori i quali dimoravano in luoghi insalubri, ma isolati, rimanevano costantemente immuni da malaria.

L'esercizio professionale svolto nei suburbi, ci ha offerto l'occasione di rilevare ed apprezzare sempre più l'esistenza del fenomeno della localizzazione della malaria alle abitazioni.

Affermando quindi, per concludere, che solo col tenere presente detta localizzazione ci si può formare una idea chiara sull'infezione malarica, noi crediamo di asserire una verità.

Da nessuna incognita siamo infatti assaliti, considerando la genesi dell' infezione malarica nelle zone dove domina grave, dove cioè la diffusione dei focolai è generale; senza le considerazioni che abbiamo fatte però, non sapremmo darci ragione, dei casi che in tante altre si concontraggono qua e là, in modo cioè non uniforme, dei casi esclusivamente e perennemente limitati a determinate località, dei focolai, in una parola, in modo strano e svariato diffusi.

***

Nè minore importanza, potendosi ispirare ad una tale situazione di cose, ha il concetto della localizzazione della malaria alle abitazioni, nella lotta contro di essa.

Come abbiamo rilevato, e come del resto risulta ben chiaramente, nelle zone malariche non esiste in tutte la stessa facilità a contrarvi l'infezione.

Vi sono località, dove è probabile ammalarsi nel periodo di tempo il più breve, alle quali corrisponde grave impaludamento del terreno, anofelismo intenso e dove non riesce possibile distinguere i vari focolai malarici perchè sono sparsi ovunque.

Ve ne sono altre, dove i casi di febbri vengono contratte generalmente dopo un certo tempo di soggiorno, alle quali corrisponde un relativo e talora assoluto bonificamento del terreno, un anofelismo limitato e dove è spesso possibile riconoscervi i singoli focolai.

Orbene, nel primo caso non possiamo rimanere dubbiosi sul mezzo migliore da adottare per combattere l'infezione; il mezzo il più proficuo, l'unico anzi su cui possiamo assolutamente contare, l'abbiamo nella profilassi chininica quotidiana.

Questa profilassi, suggerita e propugnata da Celli, dopo i risultati che ha saputo dare, col far rimanere sani tanti e tanti individui laddove, or sono pochi anni, non rimaneva immune da febbre, dopo il più breve tempo, neppure una persona, c'incombe il dovere di diffonderla con tutte le nostre forze, nello stesso tempo che dobbiamo adoperarci a che venga eseguita con quella scrupolosità ed assiduità che le assicurano il successo.

Nel secondo caso però, in quelle località, nelle quali la malaria domina mite, in quelle località, dove il pericolo di contrarre le febbri non esiste da per tutto, ma risiede in focolai sparsi e dove per più ragioni, non possiamo fare affidamento sopra una esecuzione accurata della profilassi chininica, il tenere presente, che i focolai malarici sono spesso insiti nelle abitazioni, ci può essere indiscutibilmente di valido aiuto nella lotta contro la malattia in parola.

Potremmo infatti in dette località dare maggiore impulso alla difesa meccanica delle abitazioni impedendo così ad esse di divenire focolai malarici e, allorchè non ci fosse possibile far conto sopra un tal sistema, potremmo agire direttamente sui focolai, mettendo in esecuzione contro di essi, ciò che si fa nelle altre malattie infettive, la distruzione dei germi; nel nostro caso la distruzione delle zanzare che, se è da ritenersi una pazzia attuarla in aperta campagna, trovandovisi straordinariamente numerose, laddove vivono in numero limitato, non può riuscire impresa tanto ardua sia perchè non sarebbe difficile togliere l'ambiente adatto alla loro riproduzione, sia perchè si potrebbero aggredire con facilità massima dentro le abitazioni.

Ora, in quei luoghi, nei suburbi di Roma, per

esempio, nei quali la malaria non diminuisce nello stesso rapporto che nell'agro, per l'impossibilità, lo ripetiamo, di potervi mettere in esecuzione una profilassi chininica sorvegliata, ed in genere, in tutte quelle zone nelle quali questa malattia non vi domina grave, ma vi è tuttavia, pertinacemente radicata, e perciò è tanto più vergognoso il mantenervela, in questi casi speciali, la difesa meccanica delle abitazioni e la distruzione delle zanzare, che il concetto della localizzazione della malaria alle abitazioni ci suggerisce e ci addita quali mezzi sicuramente proficui nella lotta contro la malaria, meriterebbero la prima, che fosse maggiormente diffusa, la seconda, che venisse, con serio proposito, iniziata.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del maggio-giugno.

V. Puntoni (assistente all'Istituto d'igene R. Università). *Sul potere colerigeno dei vibrioni di El Tor.* — Per risolvere la questione tanto discussa della natura colerigena o meno dei vibrioni di El Tor, l'A. ha pensato di studiare se essi abbiano azione colerigena sull'intestino dei piccoli conigli lattanti, i quali, com'è noto, sono recettivi al colera intestinale.

Avendo avuto risultati nettamente positivi l'A. conclude per la natura colerica di tali vibrioni, e crede così chiusa la tanto discussa questione.

V. Puntoni. *Microbi dell'aria che influiscono sulle proprietà biologiche del vibrione colerigeno.* — L'A. ha isolato dall'aria due microbi molto simili l'uno all altro, i quali hanno la proprietà di rendere cromogene, di un colorito bruno-viola, le colonie del vibrione colorigeno con le quali crescono in simbiosi.

Essi hanno inoltre il potere di accrescere fino a 10 volte il potere patogeno del vibrione, quando vengano, in opportune quantità, introdotti con esso nel peritoneo della cavia; in modo minore agiscono favorevolmente sull'agglutinabilità del vibrione stesso. In base alla proprietà di render cromogene le colonie del vibrione colerico, l'A. chiama i microbi che ha isolato, col nome di *commatatrosteri* (da κόμμα, già in uso per denominare il bacillo virgola, e χρῶσις, colorazione) e li distingue in *b. commatacroster* A, e *b. commatacroster* B.

L'A. presenta colture di vibrione colerico in simbiosi con i b. commatocrosteri, per dimostrare il fenomeno cromogeno suddetto, che l'A. in base alla stessa etimologia, chiama col nome di *commatocrosi*.

V. Puntoni. *Su di alcune variazioni culturali del vibrione colerico.* — L'A. riferisce che un vibrione colerico (stipite Pietroburgo) in seguito a 4-5 mesi di soggiorno in un miscuglio di acqua e terra, acquistò la proprietà di produrre in superficie di agar, delle colonie molto strane dall'aspetto di un *cratere di vulcano* e di una piccola *montagna ombellicata.*

Presenta le fotografie di tali colonie.

Dott. **V. Neri** (direttore Villa Baruzziana). *Sui confini dell'epilessia.* — Presenta una signorina ventenne, improvvisamente colta, e periodicamente, da una serie di attacchi di sensazione di formicolio alla mano sinistra, che rimontava su per il braccio e contemporaneamente da un senso di aghi e spilli alle labbra e dalla comparsa di macchie nebbiose senza colori o spettri di forma definita. Ogni attacco durava 20 minuti; era seguito dopo da un senso di torpore e di incertezza nei movimenti delle dita e da una fortissima cefalea della metà destra del capo. L'inferma appartiene a famiglia gottosa, ebbe già tipici attacchi di emicrania. Della stessa natura devono essere quelli descritti, e su tale diagnosi l'A. s'indugia, occupandosi degli attacchi di epilessia da lesione organica della corteccia.

Anche nell'aura epilettica Jacksoniana possono esservi sensazioni come quelle presentate dall'inferma; ma nell'aura epilettica la sensazione perdura pochi secondi, nell'emicrania dura quasi sempre alcuni minuti spesso 20 minuti o più ancora. Inoltre la cefalea emicranica è incomparabilmente più grave del male di capo che segue un attacco di epilessia locale.

La cura bromica ha fatto completamente cessare gli attacchi.

Dott. **V. Neri.** *Segni organici della corea.* — Presenta un bimbo di sei anni sofferente da circa sei mesi di emicorea, il quale presenta dal lato colpito: segno del Babinski, flessione combinata della coscia sul bacino, segno della pronazione, segno della supinazione dell'avambraccio ed un abbassamento di temperatura di un centigrado dal lato colpito; segni tutti questi classici di irritazione del fascio piramidale. E perciò essi offrono una nuova conferma della natura organica della corea.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 16 giugno 1913.

G. Ollino (Clinica medica). *Decorso anomalo di una polmonite nel corso di una leucemia.* — L'A. illustra la storia di un leucemico che venne a mancare per una polmonite in seconda giornata di malattia, riferendo il reperto anatomo-patologico che dimostrò la presenza di un'estesa epatizzazione grigia: propende a ritenere che, date le condizioni peculiari della crasi sanguigna del soggetto, si sia verificata una rapida successione dei diversi stadi, tali da sostituire il quadro dell'epatizzazione grigia.

G. Breccia (Clinica medica). *Un nuovo apparecchio per il pneumotorace artificiale.* — L'A. presenta un nuovo apparecchio per il pneumotorace artificiale, il quale permette di praticare la riestrazione del gas e la toracentesi contemporaneamente al rifornimento: esso è facilmente trasportabile e presenta i vantaggi dell'apparecchio tipo Forlanini e di quelli tipo Murpy, Braur, Kuss.

L. Piras. (Istituto d'igiene). *La reazione delle precipitine come mezzo di diagnosi della peste.* — L'A. propone per la diagnosi della peste il metodo della precipitine, che è applicabile anche su materiale pestoso in putrefazione, quando non è più dimostrabile in esso il bacillo della peste. Ottenne risultati positivi e specifici. La reazione avviene pure ed è ancora specifica adoperando come precipitinogeno un estratto di feci di topi pestosi.

T. Zaeslein. *Su alcuni punti di contatto nell'azione del succinato di soda e della tubercolina.* — Col succinato di soda l'A. ottenne spesso in malati di tubercolosi polmonare una reazione analoga a quella della tubercolina, ma più debole. In molti casi tale medicamento sviluppò una buona, ma talvolta passeggera azione terapeutica.

SEGALE

Società lombarda di scienze mediche e biologiche.

Sedute del 2 e del 18 giugno,

M. Ciovini. *Osservazioni sul contegno dell'anidride carbonica nella asfissia, nel digiuno e nella rialimentazione.* — In precedenti ricerche l'autore aveva dimostrato negli animali un' inversione completa della formola emoleucocitaria, ed aveva anche segnalata in corrispondenza alla considerevolissima polinucleosi neutrofila in circolo (sangue venoso e arterioso, periferico e centrale) un evidente sfollamento di polimorfi dal midollo osseo (epifisi, femore di cane). Controlli in aria libera o in atmosfere artificialmente iperossigenate furono sempre negativi. In cavie digiune dalla sera avanti, di cui la formola leucocitaria, normale, era stata, nel di seguente, invertita da temporanea asfissia, non fu possibile sorprendere — respirando gli stessi animali successivamente in aria libera — una regressione dell'avvenuta polinucleosi, regressione che fu invece manifesta per animali con formola parimenti invertita da temporanea respirazione confinata, ma alimentati solo da 4-5 ore.

Il digiuno protratto ha, come tale, virtù di invertire la formola, ma sempre in ore sensibilmente posteriori, in confronto degli animali esposti all'azione dell'CO_2.

L'A. col dosaggio diretto del biossido di carbonio e dell'ossigeno in circolo, studiò i rapporti tra la composizione delle atmosfere artificiali e quella dei gas del sangue (venoso) degli animali che vi avevano respirato, e investigò quindi quale relazione intercedesse, rispetto al CO_2 in circolo, tra polinucleosi da CO_2 e polinucleosi da digiuno assoluto. Fu così chiarito, non tenendo conto che del biossido di carbonio, i due fenomeni movere da cause opposte. Le esperienze riguardanti il digiuno furono da ultimo estese all'uomo, e l'autore scelse se stesso. Avendo praticato l'esame completo delle proprie urine, a conferma di processi autotossici nel digiuno assoluto (astensione completa anche dai liquidi per due giorni e due notti), trovò, a datare dal pomeriggio del secondo di d'astensione, albumina e cilindri ialini.

Concluse pertanto, anche in base a questo reperto, la polinucleosi da digiuno (diminuzione del CO_2 in circolo) mal potersi ascrivere soltanto alla scaduta concentrazione in circolo di questo gas, di cui era invece più che manifesto l'aumento nell'asfissia temporanea, con collaterale polinucleosi. Dopo 24 ore dall'assunzione del primo pasto, i reperti del sangue e delle urine erano ritornati alla norma.

Crosti F. *Resezione subtotale dello stomaco per adenocarcinoma.* — Presenta una donna di sessantacinque anni operata da oltre un mese ed in ottime condizioni, con aumento di peso di oltre 2 chilogrammi. Venne eseguita la gastrectomia subtotale e ristabilita la continuità con gastroenterostomia posteriore transmesocolica, sul piccolo moncone cardiaco (Billroth 2ª maniera).

Si trattava di un tumore grosso quanto una testa di feto a termine, a sede mucosa, a cavolfiore, della piccola curvatura, della faccia anteriore dell'antro prepilorico.

Il chimismo gastrico aveva dato solo tracce di acido lattico — si aveva insufficienza pilorica, clinicamente dimostrabile e riscontrata nel pezzo patologico.

Perussia F. *Nuove considerazioni intorno ad un caso di stenosi duodenale.* — L'esito della laparotomia esplorativa, l'ulteriore decorso, l'attuale reperto radiologico del paziente di stenosi duodenale già presentato alla Società nella seduta del 3 marzo u. s. determinano l'O. a modificare la diagnosi allora posta, nel senso che la stenosi dell'angolo duodeno-digiunale, anzichè a pregressa ulcera duodenale, vada piuttosto riferita a strozzamento del duodeno per parte di briglie connettivali secondarie a processi di perigastrite, aventi punto di partenza da un'ulcera callosa della piccola curva gastrica. Ora sulla base dell'ulcera sembra si sia impiantato un carcinoma.

Comolli. *Sopra un caso di ernia inguinale strozzata.* — L'O. si intrattiene su di un caso di voluminosa ernia inguinale strozzata complicata da torsione intraddominale dell'ileo. La torsione non aveva prodotto occlusione, ma solo rallentamento nella circolazione del mesentere; non si era quindi resa manifesta all'apertura del sacco erniario. Ridotta in buone condizioni, l'ansa cadde in necrosi per imperfetta nutrizione e diede origine a peritonite generalizzata.

L'O. fa alcune considerazioni sulla patogenesi della torsione e sulla presenza di questa insieme con ernie voluminose.

G. Fasoli. *Un caso di mancanza congenita delle secrezioni salivari e lacrimali.* — Presentazione di una bambina di anni 9 nella quale manca fin dalla nascita la secrezione salivare e lagrimale e si ritiene non esistano gli apparati ghiandolari corrispondenti. Presenta carie dentaria precoce estesa e una flora bacterica diversa da quella abituale.

C. Castiglioni. *Ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche su trapianti vascolari.* — L'A. espone i risultati e dimostra i preparati macro e microscopici di trapianti biterminali, monoterminali e sottocutanei di arterie e di vene.

I trapianti mono e biterminali vennero eseguiti col metodo di Carrel-Stich. Viene alla conclusione che il trapianto biterminale autoplastico di arterie e di vene può dare ottimo affidamento di riuscita dal punto di vista funzionale e di perfetta conservazione anche all'esame istologico.

Il trapianto biterminale omoplastico anche se funzionante presenta progredite alterazioni istologiche: il trapianto biterminale eteroplastico (gatto-cane) fu sempre seguito da trombosi occlusiva con sostituzione di connettivo da parte dell'ospite.

L'A. descrive i processi di riparazione delle suture e specialmente della riproduzione del tessuto elastico per cui dimostra elementi di passaggio che depongono in favore della teoria cellulare dell'elastogenesi.

Nelle esperienze di trapianto monoterminale (anastomosi su carotide giugulare) ha avuto costantemente risultati positivi. Le proprie ricerche depongono però contro le possibilità dell'inversione del circolo.

L'A. si intrattiene sulle applicazioni pratiche del trapianto di cui limita assai le indicazioni ed espone un caso di enorme aneurisma della poplitea da lui operato colla resezione del sacco e trapianto autoplastico di 15 cm. di safena interna.

C.-B.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta 23 maggio 1913.

Presiede il prof. **G. Cesari.**

Prof. **A. Massaglia.** *Le isole di Langerhans e la patogenesi del diabete mellito pancreatico.* — L'O. dopo di aver ricordato gli studi di vari autori sulla secrezione interna del pancreas, dà comunicazione delle sue esperienze fatte allo scopo di portare un contributo sulla questione dell'importanza delle isole di Langerhans nel ricambio degli idrati di carbonio e nella patogenesi del diabete mellito. Sui conigli legò e recise il condotto di Wirsung constatando distruzione del tessuto acinoso pancreatico, persistenza delle isole di Langerhans ed assenza di glicosuria. Nei cani legò e recise il dotto di Wirsung ed accessori, asportò il *processus lienalis* e metà circa del *corpus pancreatis* e non ebbe glicosuria e dopo vari mesi trovò il tessuto acinoso distrutto mentre gli isolotti si mostravano in certo numero conservati. Sottoposti questi animali alla prova della glicosuria alimentare dettero risultato positivo con la somministrazione di poche quantità di saccaridi dimostrando ipofunzione latente. Il valore degli isolotti nel ricambio degli idrati di carbonio è poi dimostrato palesamente col prodursi di grave glicosuria in seguito all'asportazione del residuo di pancreans sclerotico.

Durante il tempo di osservazione degli animali operati si riscontrò che il potere digerente era alquanto diminuito specialmente per i grassi.

Il prof. **E. Cavazzani** rileva, che il reperto ottenuto dall'O. nei riguardi delle digestioni dei grassi conferma quanto egli pure aveva visto in analoghe ricerche: e rammenta il caso di un cane spancreato che rifiutava i grassi e mangiava invece volentieri i saponi. Ritiene, che il ricambio

degli idrati di carbonio sia ancora una cosa molto oscura specialmente nel meccanismo della regolazione.

Il prof. **Paolo Fiori** onde tagliare corto ai dubbî circa l'efficace riuscita della chiusura del dotto di Wirsung in rapporto sì alla glicosuria sperimentale che alla digestione dei grassi, e riferendosi alle osservazioni al riguardo avanzate dal socio prof. Cavazzani, propone, quale *experimentum crucis*, la spancreatizzazione totale mediante resezione del duodeno e successive gastro-duodenostomie e cistodigiunostomia. L'O. ebbe occasione di adottare tale tecnica con buon esito una volta nel cane; ma, essendo gli scopi di studio diversi da quelli formanti oggetto dell'argomento all'ordine del giorno, egli non ebbe opportunità di eseguire ricerche metodiche ed accurate al riguardo.

Il prof. **R. Magnanimi** prendendo occasione dai fatti relevati dal Massaglia sui cani e sui conigli, ricorda alcune sue esperienze ancora in corso, sulla glicosuria da avvelenamento per uranio nelle cavie, nelle quali ha notato un aumento di numero e volume di dette isole.

Un fatto consimile è stato affermato ma non confermato anche per la florizina che produce glicosuria senza iperglicemia, ciò che sembra avvenire anche per l'uranio.

Il prof. **R. Simonini** ricorda che, occupandosi da parecchi anni dell'ittero da ritenzione per stenosi ganglionare dei dotti biliari estraepatici, ed avendo avuto occasione di studiare in particolar modo un caso di *status lymphaticus* di Paltauf, in cui precoce, continua e prolungata fu la stenosi del coledoco e del dotto pancreatico, come potevasi rilevare dall'esame del malato, in generale, ed in special modo da quello delle feci e delle urine, pure non ebbe mai a notare glicosuria.

Prof. **E. Cavazzani**. *Sulle mucine*.—Presenta uno studio sintetico corredato da un quadro, ove sono raccolti i risultati delle analisi elementari finora eseguite da diversi autori. Illustra la provenienza e accenna alle difficoltà riscontrate per una esatta determinazione chimica e biologica delle mucine. Tratta del contenuto di un gruppo di idrati di carbonio, della solubilità e precipitabilità, dell'accoppiamento con altre proteine, della variabilità della composizione centesimale a seconda del modo di isolamento, del valore acido, della loro diffusione nell'organismo con un cenno al potere battericida, ecc., ecc. Chiude con alcune considerazioni sull'ipotesi che le mucine abbiano una struttura micellare.

Prof. **E. Cavazzani**. *Piccione scerebrato da quattro mesi*. — Dopo aver rammentato il contegno ordinario dei piccioni scerebrati fa vedere un piccione, nel quale il 23 gennaio furono asportati i due emisferi cerebrali.

L'animale è in buone condizioni di nutrizione: fino a dieci giorni fa il suo comportamento fu come quello di tutti i piccioni scerebrati: ma da alcuni giorni l'animale dà segni evidenti di aver riacquistato a destra la visione psichica: prega i consoci di verificare il fatto: si riserva di far conoscere i risultati dell'autopsia, che sarà eseguita fra qualche giorno.

C. GAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Di un nuovo efficace e pratico impiego terapeutico della tintura di iodio.

Più volte, curando certe malattie dell'albero respiratorio anche coll'impiego di pennellature toraciche con tintura di iodio, mi sono chiesto in qual modo potessero tali pennellature portare un giovamento. Giuste spiegazioni, a parer mio, sul modo d'agire di tali pennellature non furono che io sappia, ancora date, malgrado la lunga data dell'impiego di esse e malgrado si conosca l'altissimo valore dell'iodio in altri campi della teapia.

Orbene, avendo da anni voluto osservare attentamente ogni mia prescrizione di tali pennellature, mi venne fatto di poter formulare una mia ipotesi sul modo loro di agire: e tale ipotesi non mi perito di comunicare su questo periodico, poichè essa mi fu sempre avvalorata da una tenace costanza di fatti dimostrativi e convincenti.

Che la tintura di iodio (intendo sempre parlare della comune tintura d'iodio per pennellature di recente preparazione e così dosata: iodio grammi 1: alcool grammi 10) applicata sulla pelle del torace in casi di bronchiti, pneumoniti, ecc. riesca a far guarire tali processi passando attraverso gli strati della pelle per poi raggiungere i focolai morbosi attraverso le vie sanguigne e linfatiche non è stato dimostrato; che la medesima tintura agisca per il vecchio precetto che: *ubi stimulus ibi fluxus*, è anche una pura ipotesi.

D'altra parte è certo che alcuni casi *leggeri* di catarri nasali, laringei, tracheali e bronchiali in seguito a qualche pennellatura di tintura di iodio sono stati influenzati efficacemente da questo preparato.

Come avviene ciò?

Che la tintura di iodio sia un energico disinfettante, oggi è diventato assioma per tutti.

Ma questo potere della tintura di iodio — che è il solo che si possa logicamente invocare nelle guarigioni di cui sopra — non si può ammettere se non per azioni locali. Ora, come ammettere un'azione locale dell'iodio in affezioni delle vie respiratorie o per meglio dire delle mucose di esse?

Ecco per me il nodo della questione.

« In forza della loro grande tensione i vapori « iodici vengono, dirò così, a saturare di sè stessi « l'aria con la quale sono a contatto. Quest'aria « inspirata porta l'iodio sulle mucose delle vie re- « spiratorie dove esso. diviso così in minutissime « particelle, esercita la sua benefica azione disin- « fettante, detergente, solvente ».

L'iodio si libera allo stato di vapore dalla tintura d'iodio che copre la pelle toracica del bronchitico (p. es.) (Ciò viene dimostrato dallo scoloramento delle pennellature).

Questo iodio evaporato, impregna di sè stesso l'atmosfera dova il bronchitico respira ed entra nell'albero bronchiale come ho detto sopra.

Naturalmente l'intensità d'azione di questi vapori iodici è in ragione diretta dal loro grado di concentrazione; e siccome questa decresce in ragione della distanza del suo punto d'origine, così le pennellature più efficaci nel bronchitico saranno quelle praticate alla maggior vicinanza dell'orificio nasale (o boccale).

Così avviene di fatto: ed io ho dovuto constatare che una pennellatura di tintura di iodio in un bronchitico è più efficace se praticata attorno al collo che non sul torace, sempre ben inteso, adoperando tinture di pari dosaggio.

***

Partendo dall'esposto concetto sul modo d'azione delle pennellature di tintura d'iodio nelle infiammazioni dell'albero respiratorio, l'ho voluto applicare facendo aspirare agli infermi le esalazioni di essa.

E l'applicazione di tale principio mi ha dato tanto costantemente buoni frutti, che ho deciso di riferirne qui ai colleghi. Sono sicuro che se qualcuno vorrà farne prova otterrà, come e meglio di me, ottimi effetti.

Le osservazioni clinico-terapeutiche al riguardo che io ho fatto in questi ultimi anni sono assai numerose e perciò ognuno può pensare come mi sia impossibile enumerarle e descriverle, tanto più che — francamente — non mi son fatto obbligo di prender nota di tutte.

Dirò qui solo delle più salienti ricordando per prima quella che mi ha aperta la via alla delucidazione del problema che mi ero proposto e alla formulazione consecutiva del principio che ho creduto di doverne logicamente dedurre.

1. Un giorno ebbi a prescrivere delle pennellature di tintura d'iodio a certo N. A. da Tr. affetto da adenomi cervicali. Egli incominciava anche a sentire i soliti disturbi di una corizza comune.

L'individuo, invece di una pennellatura sola — come da mio consiglio — se ne fece ben tre nel primo giorno. Al secondo giorno poi, venuto

da me, all'ambulatorio, pur presentando i soliti adenomi, era completamente guarito della corizza.

Nel sorprendere e considerare questo caso ho subito pensato ai vapori della tintura inalati, o dirò meglio, aspirati necessariamente.

2. Provai subito l'effetto di essi su di me personalmente affetto io pure da un raffreddore fortissimo, accompagnato da un po' di tosse. Raffreddore e tosse che mi tormentavano l'uno da 7, l'altra da circa due giorni, mi guariscono completamente in tre dì.

Oggi sono tre anni che adopero un tal metodo ad ogni menomo apparire nella mia famiglia (7 persone) di disturbi dellle vie respiratorie (raffreddori, tossi, tonsilliti, dapprima molto frequenti) e sono pure tre anni che tali affezioni non si sono più mostrate o sono scomparse al loro inizio.

3. B... B... da Travagliato, di anni 20, viaggiatore commesso. Nel gentilizio, zia e cugini rispettivamente morta e ammalati di tubercolosi. Nell'anammesi si riscontra un'orchite tubercolare patita due anni fa dal paziente e diagnosticata da me e dall'egregio collega dott. Cordoni.

Nel novembre u. s. il B... torna al suo paese da una dimora di 8 giorni in montagna dove erasi recato per curare la propria salute compromessa per dimagramento, anoressia continua, debolezza generale, ecc.

In montagna fu colpito da cefalea, febbre continua, tosse con espettorato muco purulento scarso. Con questi fatti si mette in mia cura essendo assente il collega del suo rione.

Io riscontro, oltre ai fatti nominati, dei disturbi a carico del tubo gastroenterico (lingua patinosa ma umida, anoressia, cefalea, tensione moderata (ma non dolorabilità) dell'addome, borborigmi alla palpazione di questo), breve ottusità posteriore all'apice destro, smorzamento del murmure vescicolare e piccolissimi rantoli al livello superiore della scapola dello stesso lato.

Faccio diagnosi di polmonite catarrale ai suoi primordi. Mi tengo riservato nella prognosi specialmente ricordando il gentilizio e l'anamnesi dell'ammalato. Intanto prescrivo decotto di tamarindo con tintura di iodio, balsamici, chinino e salofene per bocca, più odorazioni, col solito modo e intensità, di tintura d'iodio.

La malattia continua per cinque giorni senza miglioramenti: la febbre non dà remissioni che lievi al mattino arrivando la sera a 39°.5, la tosse diventa più frequente, mentre l'escreato si fa più abbondante senza però colorazione rossa. I disturbi digerenti solo migliorano un pochino.

Alla sera del quinto giorno riscontro discesa della febbre a 37°.5 e attenuazione accentuata dei fenomeni fono-plessici sopra ricordati. Si aggiunsero preparati di creosoto.

Il miglioramento si fece costante, malgrado qualche ripresa discreta di febbre, e dopo una settimana l'ammalato potè alzarsi e venire alla mia ambulanza per le iniezioni.

Oggi, dopo tre mesi e mezzo, egli è completamente ristabilito.

Si dovrà attribuire la guarigione alle odorazioni iodiche o alle altre cure?

È mia convinzione che la si debba alle prime in massima parte, tanto più che le altre cure non furono a sufficienza praticate.

Questi e numerosi altri simili casi mi hanno indotto a pubblicare questa memoria che sottopongo al giudizio dei colleghi. Qualcuno però potrà obiettare: come attribuire sì grande utilità a tali odorazioni se un metodo analogo — quello delle inalazioni umide fu pure praticato ma senza nessun grande risultato? Dovrò rispondere: 1° che anzitutto le inalazioni sono tanto irritanti sulle mucose nasali e orali da dare agli ammalati un'invincibile ripugnanza a ripeterle; e si sa che una semplice prova non può dare i risultati sperati; 2° che dato anche e non ammesso che tali inalazioni si possano far ripetere a volontà, la forma umida è di gran lunga meno efficace o meno penetrante di quella secca nella cura inalatoria. È questo un principio strano, non ancora spiegato, ma constatabile costantemente nei suoi effetti. Lo dimostrano gli splendidi risultati ottenuti in breve correre di anni dagli inalatori di polverizzazioni secche dei sali delle acque solsoiodiche (sistema Koerting).

Ivi si è potuto dimostrare che le nebbie secche non solo entrano nell'albero respiratorio, ma arrivano anche fino negli alveoli polmonari. Ora io dico che le esalazioni dell'iodio sono precisamente esalazioni secche perchè dotate della loro tensione arrivano come tali fino nei più piccoli bronchi lasciandosi addietro i vapori dell'alcool i quali, avidissimi di acqua, si combinano all'umidità dell'atmosfera e a poca distanza dal recipiente che li origina si sono già nell'atmosfera perduti.

Infatti nel naso o nella bocca di colui che odora tintura di iodio non si sentono che l'odore o il sapore caratteristico dell'iodio, l'alcool evaporato servirà forse di veicolo all'iodio per brevissimo tratto, ma non lascia mai traccia di sè.

Concludendo:

1° I vapori secchi dell'iodio emanati dalla comune tintura (come si può dimostrare colla solita reazione dell'amido) con molta tensione penetrano, aspirati, fino nei più piccoli alveoli bronchiali.

Con grandissima probabilità essi penetrano anche nei tessuti e per mezzo delle circolazioni è probabile che essi possano dimostrarsi specialmente efficaci come modificatori della crasi sanguigna e del ricambio.

2° L'aspirazione o l'odorazione dei vapori della tintura di iodio non dà sensazioni sgradevoli al di là di un debole sapore ed odore caratteristici dell'iodio. Questo sapore e questo odore svaniscono in breve momento.

3° Nessun più piccolo inconveniente è portato, dalle odorazioni proposte, alla salute del paziente.

4° Nessun metodo di cura potrebbe essere più efficace e nel medesimo tempo più facile, comodo,

economico, semplice, nelle affezioni dell'albero respiratorio.

Basta infatti avere 30 gr. di tintura d'iodio di recente preparata, e messa in un recipiente di vetro a collo largo e a tappo smerigliato. Per odorare, od aspirare, tolto il tappo, si avvicina il recipiente (senza farlo toccare) al naso a alla bocca.

Basta ripetere l'aspirazione profondamente (e la profondità dev'essere in relazione alla profondità dell'affezione dell'albero respiratorio) 4-8 volte non di più, ripetute 5-7 volte in un giorno.

Così p. es. di un raffreddore iniziale si può avere la guarigione in un giorno, di un catarro bronchiale semplice in 4. Quando le mucose sieno rivestite da spessi strati di catarri converrà *intensificare l'odorazione e aiutare l'espettorazione coi soliti mezzi.*

5° Nei bambini è difficile adottarlo. Per essi ho pensato di imbevere due battuffoli d'ovatta con poca tintura d'iodio e di metterli ai lati della loro testa quando dormono.

20 marzo 1913.

Dott. GIUSEPPE TORRI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Un nuovo micrococco causa di alcune meningiti cerebro-spinali.

G. Vernoni in tre casi di meningite clinicamente cerebro-spinale, di cui uno solo studiato in maniera completa, ha isolato un germe, che per le sue proprietà si allontana dai germi comunemente descritti in questa forma morbosa. Gli espedienti usati per la ricerca del germe, e l'esame culturale del sangue positivo per il germe stesso, facevano escludere un'infezione da meningococco di Weichselbaum.

I caratteri che l'A. dà del germe da lui isolato (*Pathologica*, 1° aprile 1913) sono i seguenti: piccolissimi elementi a forma di cocchi leggermente allungati e riuniti a coppie secondo il maggior diametro; le faccie che si guardano dei singoli elementi sono piane; talora è aggruppato a tetradi, talora in piccole catenelle di piccoli elementi; è Gram-resistente.

Si coltiva anche a 18°, in comuni terreni di cultura meglio in agar sangue. Il brodo è intorbidato, con sedimento pulverulento; quindi tutta la sospensione si sedimenta e il brodo rimane limpido, non si ha formazione di pellicola.

Il latte si coagula al terzo giorno e quindi la reazione diviene acida e il coagulo si ridiscioglie. Sull'agar, dopo 24 ore, colonie tondeggianti, confluenti, rilevate, bianco-lucenti, vischiose, alla luce acquistano un colorito giallo-aranciato.

La gelatina si fluidifica in quarta giornata, le piastre in gelatina danno colonie granulose, giallo-paglierine.

Su patata la patina è bianco-lucente.

Fermenta il levulosio e il saccarosio, non fermenta lo zucchero di latte, la destrina, il galattosio; il brodo glucosato è virato al rosso. Cresce anaerobicamente senza sviluppo di odori. È resistente alla luce, all'essiccamento, all'invecchiamento, non esercita una costante e spiccata azione patogena sui comuni animali di esperimento; sul coniglio determina reazione febbrile, e per iniezione sottodurale si ottengono disturbi cerebrali che si risolvono senza lasciare traccia.

Sulla cavia non esercita azione flogistica, ma riesce gravemente tossico e determina fatti di rammollimento ed emorragie.

L'esperimento sul *mus decumanus* dimostra la possibilità di una lunga latenza del germe nell'organismo anche se la reazione iniziale all'iniezione fu breve.

L'A. considera il germe da lui isolato e studiato come *possibile agente etiologico di meningite cerebro-spinale suppurata primitiva*. Per la morfologia esso si ravvicina al gruppo dei meningococchi, ma se ne allontana perchè Gram resistente e fluidificante. Si avvicina invece per la colorabilità e per le proprietà culturali ai comuni micrococchi piogeni, dai quali si allontana per lo aggruppamento. L'A. lo classifica tra i micrococchi.

t. p.

CASISTICA.

Sintomi mentali dell' insufficienza renale.

La letteratura medica contiene diverse osservazioni che si riferiscono ai rapporti tra *deficit* della funzione renale e disturbi mentali che però dalla massima parte dei medici sono sconosciute. La scuola francese usa l'espressione « petite urémie » per indicare i sintomi nervosi e mentali che si sviluppano prima del coma. Lo stato melanconico di tali malati è stato messo in rilievo già da lungo tempo: gli autori francesi parlano di uno stato paranoico che sarebbe nel corso della nefrite molto più frequente della melanconia, però è dimostrato che si può avere qualunque forma mentale.

Col termine d'insufficienza renale s'intende non solo il *deficit* funzionale delle vere nefriti ma anche quelle dipendenti dalle alterazioni renali secondarie a processi cardiaci od epatici ovvero le insufficienze funzionali renali senza alterazione anatomica constatabile clinicamente, in cui il rene diventa non adeguato al bisogno.

Il primo grado di questi disturbi mentali è costituito da sintomi vaghi nevrasteniformi, quali cefalea, stanchezza generale, incapacità a fissare l'attenzione, ecc.

Nei gradi più avanzati si verifica ottundimento mentale, afasia transitoria, e violenti attacchi di confusione ed agitazione: in tali casi esistono periodi in cui l'esame delle urine non c'illumina sull'alterazione renale ed allora la diagnosi rimane dubbia ed i disturbi mentali si mettono in rapporto coll'arteriosclerosi.

Il Lawson (*Boston medic. and Surg. Journ.*, 1913, n. 8) ne riporta 24 osservazioni personali; riprende la questione ed in base ad una ricca statistica desunta da 1180 autopsie rileva la frequenza delle alterazioni renali nei malati mentali. Dai casi dell'A. risulta che le condizioni mentali erano in rapporto col peso specifico e colla escrezione delle sostanze solide più che colla gravità dell'albuminuria e cilindruria.

P. A.

Una speciale nevrastenia sessuale dell'età matura.

Hudoverning (*Med. Klinik*, 1913, n. 13) ha osservato parecchi casi di questa forma morbosa, che si manifesta in soggetti che hanno sorpassato i 30 anni (per lo più però fra i 45 e i 50 anni) senza aver contratto matrimonio, e che si risolvono improvvisamente ad ammogliarsi. Essi credono allora di rilevare una diminuzione della loro potenza sessuale, sicchè si ritengono incapaci di effettuare l'unione progettata; poco a poco si svolge su questa base un quadro nevropatico completo, con diminuzione della fiducia in sè stessi, depressione, timori per l'avvenire, irresolutezza, insonnia, peso alla testa, cardiopalmo, vertigini, senso di oppressione, inappetenza, ecc.

I pazienti incolpano della loro diminuita potenza sessuale, e quindi di tutta la sindrome nervosa che ne è conseguenza, ora gli eccessi venerei, ora l'astinenza, ora la masturbazione, ecc.

Secondo l'A. invece l'origine della impotenza è tutt'altra, la causa di essa essendo puramente psichica. Si tratterebbe cioè di individui che, nella loro vita da scapolo, hanno rifuggito da legami prolungati con donne, accontentandosi di contatti occasionali più o meno frequenti. Quando in questi soggetti sorge infine il desiderio di formarsi una famiglia, e si desta l'amore per una donna, la soddisfazione sessuale a pagamento appare insufficiente, anzi addirittura ripugnante; da ciò la apparente diminuzione della potenzialità sessuale. Talora contribuisce anche il timore di contrarre una malattia venerea proprio nell'epoca antecedente al matrimonio.

La cura è essenzialmente psichica, e consiste nel fare intendere ai pazienti la vera origine di questa pretesa impotenza. I risultati che così si ottengono sono in genere assai favorevoli.

V. FORLÌ.

TERAPIA.

Dell'azione edematogena del bicarbonato di sodio nei diabetici.

P. Sisto (*La Clinica med. italiana*, n. 9, 1912).

L'A. somministrando ad un diabetico grave, acetonurico, alte dosi di bicarbonato sodico (80-100 gm. al giorno) vide rapidamente comparire edemi, anasarca, con versamento nelle cavità (transudato). Nel malato nè le condizioni del cuore, nè quelle dei reni, nè la discrasia bastavano a spiegare la enorme e rapida ritenzione d'acqua; sospesa la somministrazione di bicarbonato sodico l'edema e i versamenti cavitari scomparvero.

L'osservazione non è unica nella letteratura medica, così il fenomeno, variamente interpretato circa il meccanismo d'azione, era stato notato dal Blum, da Widal, Lemierre e Cotoni e recentemente da Widal, Lemierre e Weil nei diabetici; la ritenzione d'acqua anche nei sani in seguito a somministrazione di alte dosi di bicarbonato sodico era stato studiata da Pfeiffer.

Blum crede che nei diabetici il fenomeno sia legato al fatto che l'organismo, in preda ad intossicazione acida, si difenda riducendo il suo contenuto di sali alcalini ad un minimo e cercando di neutralizzare le sostanze acide con tutto l'alcali di cui dispone: se in organismi in tali condizioni viene somministrato del sale, i tessuti se lo appropriano e trattengono naturalmente anche l'acqua per ristabilire l'equilibrio osmotico.

Pfeiffer nei sani delle sue esperienze conclude che si tratti di ritenzione di acqua, provocata dall'accumulo di sodio nell'organismo.

Widal, Lemierre e Cotoni pensano, in base alle loro osservazioni, che la ritenzione d'acqua, nei diabetici in seguito a somministrazione di bicarbonato sodico, come nei nefritici in seguito alla somministrazione di cloruro sodico, dipenderebbe dalla ritenzione dei cloruri: solo che nel diabetico gli scambî del cloruro sodico sarebbero profondamente alterati in seguito alla introduzione di un altro corpo, il bicarbonato sodico.

Dinanzi al fatto clinico accertato, dinanzi alla difficile interpretazione il Sisto ha condotto una serie di esperienze su cinque diabetici, avendo riguardo, in seguito alla somministrazione di bicarbonato sodico, alle variazioni del peso del

corpo, della quantità di urina, del glucosio, dell'acetone e dei cloruri anche di quelli delle feci, tenendo conto finalmente delle quantità d'albumina del siero del sangue, dosata giornalmente, per avere un criterio ed un indice più sicuro delle variazioni del contenuto in acqua nell'organismo.

Lo studio del comportamento di questi varî elementi ricercati hanno condotto l'A. alle seguenti conclusioni che integralmente riporto:

1º Nei diabetici colla somministrazione di bicarbonato sodico in dosi determinate che variano naturalmente da caso a caso, ma sempre rilevanti, si determina aumento di peso, che rapidamente si dilegua con la sospensione del rimedio.

2º Tale aumento avviene tanto nelle forme grasse quanto nelle magre, nelle forme gravi come in quelle leggere, esista o no acetonuria, qualunque sia il regime dietetico al quale il paziente è sottoposto,

3º Si manifesta con maggiore frequenza, intensità e rapidità nelle forme di diabete grave che non in quelle leggere.

4º L'aumento di peso è dovuto a ritenzione d'acqua, che è dimostrata dalla formazione di edemi rilevabili in alcuni casi, specie nei più gravi, e più sicuramente ancora dalla diluizione del sangue, la quale è resa evidente dalla diminuzione del contenuto in albumina del siero (refrattometria).

5º Non è dimostrabile sempre che la ritenzione d'acqua sia in rapporto con una ritenzione di cloruri e che questa segua sempre l'uso del bicarbonato. Certo in alcuni casi per tutto il decorso dell'esperienza è nettamente apprezzabile una ritenzione di cloruri, in altri casi si ha invece una prima brusca ritenzione di cloruri appena iniziata la somministrazione del farmaco, ma in seguito l'eliminazione si riattiva per quanto irregolarmente, con variazioni molto forti da giorno a giorno.

Nei casi in cui si ebbe una vera ritenzione permanente dei cloruri, sospeso il medicamento, si ebbe subito una pronta ripresa della loro eliminazione.

Si direbbe adunque che all'introduzione del bicarbonato segua in realtà una ritenzione dei cloruri, ma che a questo stato anormale, quando si prolunghi, l'organismo finisce più o meno presto col reagire riattivando l'eliminazione del sale di cucina per quanto in maniera irregolare.

6º L'eliminazione dei cloruri colle feci durante l'uso del bicarbonato, anche nei periodi di diarrea, non è mai molto abbondante.

PONTANO.

Sul trattamento delle albuminurie mediante sostanze alcaline.

Se ne occupa Weiland nella *Med. Klinik*, 1913, n. 13. Nel 1902 Lüthje osservò che la somministrazione di acido salicilico o di salicilato di soda dava luogo ad una nefrite desquamativa, rivelantesi clinicamente con la presenza nell'orina di albumina, leucociti, epiteli, cilindri e cilindroidi. Si constatò più tardi che la contemporanea somministrazione di sostanze alcaline (bicarbonato di sodio) si opponeva all'azione irritante dell'acido salicilico, tanto che mentre l'albuminuria era evidente quando l'orina era acida, essa non era più constatabile quando l'orina era divenuta alcalina.

Partendo da questi esperimenti von Noorden e poi von Hösslin, Conzen e altri tentarono la somministrazione di bicarbonato di sodio nelle varie forme della nefrite e della albuminuria. L'A. ha studiato l'azione esplicata dal bicarbonato di sodio in 24 individui affetti da nefrite o da albuminuria; ma i risultati da lui ottenuti sono tutt'altro che confortanti. In 17 dei 24 soggetti esaminati, non si ebbe alcuna diminuzione nella quantità dell'albumina. Riguardo ai 7 infermi in cui l'albumina scomparve va notato che in due casi l'albuminuria era insorta dopo ingestione di preparati salicilici; in altri due si trattava di albuminuria postinfettiva lievissima, sicchè il dileguarsi di essa può essere indipendente dalla somministrazione del bicarbonato; negli altri casi la scomparsa dell'albumina fu solo transitoria. Importante per contro è un fatto osservato in 4 casi, cioè l'insorgere di edemi assai accentuati; in uno di questi infermi comparvero anche evidenti segni di uremia (convulsioni, cefalea, turbamento della coscienza).

Sulla base delle sue osservazioni l'A. conchiude che non esiste un rapporto causale fra la terapia alcalina e la scomparsa dell'albuminuria, quantunque in qualche caso si riconosca una influenza dal medicamento sulla presenza dell'albumina. Questa terapia non rappresenta, almeno per quanto è noto finora, un progresso nella cura della nefrite e dell' albuminuria, giacchè non esplica influenza sul processo morboso; e anzi sembra che essa non sia scevra di pericoli, giacchè può favorire la comparsa degli edemi e dei sintomi uremici.

V. FORLÌ.

Sulla combinazione dell'adrenalina e dell'ipofisina e sul suo uso clinico.

Secondo Houssay (*Wien. Klin. Wochenschr*, 1913, n. 13) tra l'azione dell'adrenalina e dell'estratto di ipofisi esistono, com'è noto, varie analogie; in

queste due sostanze però si riscontrano delle differenze spiccate e caratteristiche.

L'adrenalina produce una immediata e assai notevole ipertensione collegata a bradicardia e a spiccato aumento dell'attività cardiaca. Questi fenomeni sono però passeggeri e cedono subito il posto a una vaso-dilatazione che è tanto maggiore quanto più forte era la dose adoperata, e l'azione esplicata da essa.

L'estratto d'ipofisi invece produce a tutta prima una diminuzione di pressione, dovuta all'indebolimento dell'attività cardiaca. A questa azione passeggera segue una prolungata ipertensione unita a bradicardia e ad aumento dell'attività cardiaca.

La combinazione dell'adrenalina con l'ipofisina riunisce l'azione intensa che l'adrenalina esplica sul cuore e sui vasi con l'azione protratta che su questi organi ha l'ipofisina. Una combinazione adattata delle due sostanze farà sì che l'azione deprimente esplicata in principio dall'ipofisina venga mitigata.

La combinazione più favorevole è data da quattro o cinque goccie di soluzione di adrenalina all'1 °/₀₀, con 1 cmc. di estratto attivo dell'ipofisi. Questa soluzione può venire iniettata nelle vene in caso di shock o di collasso.

Giacchè l'adrenalina è relativamente velenosa, mentre l'ipofisina è innocua, è possibile, combinando le due sostanze, di ridurre la dose della adrenalina, pur facendo in pari tempo aumentare la sua azione favorevole.

Si adopera con successo questa combinazione in casi di intossicazioni fulminanti collegate a ipertensione, nella tachicardia e nella miocardite tossica; essa viene introdotta per bocca, oppure sotto forma d'iniezione sottocutanea.

La combinazione produce una ischemia locale più notevole e più prolungata che non la sola adrenalina. Sembra consigliabile di adoperarla per uso locale in oftalmologia e in oto-rino-laringologia, unita a sostanze anestetizzanti.

L'adrenalina neutralizza la potente azione enterocinetica dell'ipofisina, ciò che viene facilmente dimostrato dai risultati sperimentali sull'esofago isolato del rospo.

La sostanza attiva del lobo posteriore dell'ipofisi si oppone all'azione midriatica dell'adrenalina.

V. FORLÌ.

STORIA DELLA MEDICINA.

Ill.mo Sig. Redattore capo del *Policlinico*,

L'*Avvenire Sanitario* parla dei « precursori di Carrel » riferendo in parte — e anonima — una mia lettera a un giornale politico; e il *Policlinico*, nel n. 30, pag. 1099, di questo anno, la riporta citandone onestamente, come sempre, la fonte.

Non sono uso a mettere innanzi la mia modesta persona; ma trattandosi di una rivendicazione della scienza italiana, la quale veniva sempre obliata nel ricordare, esaltandola, l'opera chirurgica e sperimentale del *taumaturgo* franco-americano, tengo a rivendicare la paternità di quell'articoletto. E ho ragione di pensare che il mio richiamo alle pure glorie nostre abbia trovato il consenso di numerosi medici; fra i quali debbo porre *in primis* il prof. Romiti, che gentilmente mi scriveva:

« *Chiarissimo Collega*,

Pisa, 30 giugno 1913.

« Leggo con vero interesse la di Lei lettera nella *Tribuna* di oggi; e mi compiaccio assai delle giuste e doverose rivendicazioni che Ella fa specialmente ad un mio illustre predecessore, a Giuseppe Zambeccari di Pontremoli, anatomico in Pisa.

« Ed a proposito di Zambeccari Le sarà caro ricordarle le scritture pubblicate dal collega pisano Carlo Fedeli, che ha lumeggiate e rivendicate tante glorie a quell'uomo insigne, che è certamente il vero precursore degli audaci sperimenti odierni sulla vita degli organi fuori dell'organismo e sulla possibilità di felici estirpazioni di organi importanti compatibilmente con la vita.

« Ed oltre le rivendicazioni storiche di Fedeli, è bene si sappia come la città di Pontremoli, che sente l'orgoglio di esser stata la patria di Zambeccari, intende in modo dignitoso onorarne e perpetuarne la memoria. Un gruppo di valentuomini della forte terra apuana, e di questi ricordo solamente a titolo di onore Camillo Cimati, attende a queste onoranze, che saranno degne dell'uomo da onorare e del paese che lo vuole onorato.

« E compiacendomi di nuovo con Lei, che già diede tanto lavoro a porre in doveroso rilievo l'opera anatomica di Bartolomeo Eustachio, e facendo voto che dai nostri si pensi un pochino di più al merito di « coloro che furono », mi abbia cordialmente

GUGLIELMO ROMITI ».

Per copia conforme, con i più distinti ossequi e ringraziamenti.

Roma, 27 luglio 1913.

Suo dev.mo
G. BILANCIONI.

Pubblicheremo prossimamente:

Ercolani, Alcune considerazioni sullo strapazzo mentale.

Ovazza, Scuole e morbillo.

Alessandrini G., Giannelli e Fileni, La pellagra nella provincia di Roma.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

KRAUSE FEDOR. **Lehrbuch der chirurgischen Operationen an der Hand klinischer Beobachtungen.** Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1912. M. 12.50.

Dice l'autore nella prefazione che da molti anni aveva l'intenzione di ordinare e pubblicare tutto il materiale clinico riguardante le sue operazioni chirurgiche. Dati anamnestici, sindromi cliniche, atto operativo e decorso: tutto doveva trovar posto e far parte integrante di questo lavoro.

L'A. pubblica la prima parte di questo lavoro originale sulla chirurgia generale e sulla chirurgia del capo. Speciali capitoli son dedicati alla chirurgia degli occhi, orecchi e naso, sulla chirurgia del trigemino e del ganglio di Gasser.

È un libro di un valore eminentemente pratico: numerose incisioni originali illustrano i vari momenti dell'atto operativo: non sono questi lavori di precisione, ma sono schizzi dal vero eseguiti durante l'operazione.

Le altre parti del lavoro sono prossime ad essere pubblicate. *p. s.*

E. FORGUE. **Compendio di patologia chirurgica.** Ediz. II, vol. 1°, lire 18.

È la II edizione che la *Società Editrice Libraria* di Milano ci dà di quest'opera, che sarebbe perfettamente inutile presentare agli studenti ed ai pratici, che già tanto la conoscono.

Fu scritto questo manuale per gli studenti; e gli studenti in molte Università ne fanno il testo preferito e ne traggono grande vantaggio ai loro studi, perchè in esso, se non v'è ricchezza di particolari inutili alla pratica o soverchi agli scopi degli studi universitari, nulla vi manca che chiarisca il concetto patogenetico e completi il quadro morboso.

Numerose note del traduttore dott. Gasparro rendono il lavoro più adatto agli studenti delle scuole italiane di chirurgia.

p. s.

E. SONNENBURG. **Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendicitis).** 7ª Auf. 1 vol. in-8° di pag. 267, con 36 fig., grafiche e 1 tavola. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1913. Mk. 6.

Questa monografia classica sull'appendicite continua ad ottenere un successo trionfale: è giunta ora alla sua 7ª edizione.

Le vedute di Sonnenburg sull'anatomia patologica, sulla conta dei leucociti a scopo diagnostico e prognostico, sull'uso dell'olio di ricino e sulle indicazioni terapeutiche, sono troppo note ai nostri lettori perchè metta conto d'insistervi.

Infatti abbiamo avuto a più riprese l'opportunità di occuparcene.

La trattazione del Sonnenburg è stata interamente rimaneggiata in questa edizione, sovratutto nelle nozioni concernenti la diagnosi differenziale, la dottrina della peritonite appendicolare e le concezioni sulla pericolite.

Il lavoro non ha alcun bisogno di presentazione: basta annunziarlo. I. T.

Prof. ANDREA MARRO. **Cura delle ernie inguinali e crurali.** Unione Tip. Editrice Torinese, 1913. L. 8.

Questo lavoro meriterebbe un cenno critico ed illustrativo più completo. Per la intelligenza del lettore, diciamo soltanto che il prof. Marro (aiuto della Clinica chirurgica e incaricato dell'insegnamento della medicina operatoria nella regia Università di Torino), è seguace nella cura delle ernie inguinali e crurali della scuola del Bassini e del Ruggi, ed infatti critica e ribatte le obiezioni fatte ai metodi di questi autori, ma nello stesso tempo segue gli insegnamenti della scuola del Kocher: ed in conseguenza dà maggior carattere conservativo al metodo classico del Bassini, mediante l'apertura dell'aponeurosi del grande obliquo lungo la linea parainguinale interna, che dà ampio accesso alle porte erniarie inguinale e crurale.

Dà la statistica dei primi 100 casi operati col suo metodo. *p. s.*

C. JULLIARD. **Les Bandages. Pansement et appareils chirurgicaux.** 1 vol. in-8° con 304 figure, 2ª ediz., 1913. Librairie F. Alcan, Paris.

Con intenti essenzialmente pratici, valendosi della larga esperienza chirurgica personale, il Julliard ci dà, nella sua seconda edizione notevolmente ampliata ed arricchita in confronto alla prima, un ottimo manuale di tecnica delle fasciature ed apparecchi chirurgici.

Un lungo capitolo è dedicato ai metodi di medicazione asettica ed antisettica; un altro non meno completo alle fasciature delle diverse parti del corpo ed agli apparecchi più moderni della traumatologia; gli apparecchi gessati sono trattati a parte in un ultimo capitolo in maniera chiara, pratica, completa. S.

Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, diretta dal professor G. Ferreri.

È un bel volume di 666 pagine l'annuario del 1911, nel quale sono raccolti numerosi ed impor-

tanti lavori clinici e sperimentali eseguiti nella R. Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. Sono lavori del prof. Ferreri, del prof. Bilancioni, del prof. Ascarelli, del prof. Mancioli, dei dottori Pieri, Turtur, Paparozzi Mazzocchi, Magnini, ecc.

Segnaliamo la pubblicata in questi giorni la Relazione dal Direttore generale della Sanità pubblica dotAlberto Lutrario sui fatti principali riguardanti l'igiene nel Regno durante l'anno 1912, di cui demmo ampio resoconto nei fascicoli 3 e 28 di questo periodico. È un volume di 157 pagine, èdito dalla Ditta Artero di Roma, corredato di numerosi dati statistici e di tavole intercalate e fuori testo. Esso dà una idea del cammino percorso in tema di sanità pubblica in Italia, che ha visto coronati i diuturni sforzi degli organi cui siffatta tutela è devoluta da risultati che possono chiamarsi brillanti, perchè riusciti e ridurre la mortalità generale e quella per le diverse malattie infettive a un tasso così basso da dar bene a sperare per l'avvenire.

Il *Policlinico* nel segnalare il bel lavoro del comm. Lutrario, manda ad esso le sue congratulazioni, con l'augurio che l'Igiene trovi sempre apostoli così fervidi e convinti.

VARIA

Una grande città igienica. — Tale sarà la capitale della Confederazione australiana di cui si sta per iniziare la costruzione. Il ministro dei lavori pubblici della Federazione ha delineato quali saranno le caratteristiche della nuova capitale. Sarà una città senza polvere, senza fumo, senza fango, nè odori, nè catapecchie. Le sue strade saranno pulite e lucenti come il pavimento di una corte regale. Il fumo sarà completamente utilizzato ed esaurito e tutti i gas nocivi o odoranti generati dei vari processi industriali saranno accuratamente raccolti e annientati. La pulizia stradale sarà facilitata dalla proibizione dell'uso di ogni trazione animale. Anche il carbone sarà escluso. Il riscaldamento sarà consentito per mezzo di stufe a gas o elettriche, o a radiatori azionati da caldaie a gas. Le ferrovie saranno elettrificate. La città sarà divisa in due sezioni distinte: quella degli affari e dei negozi e quella destinata alle abitazioni.

(*La Vita San.*).

La paronichia dei pasticcieri. — Max Strauss riferisce in un suo recente studio alcuni casi di paronichia insorta nei pasticcieri. Secondo l'A. si tratterebbe di una malattia professionale: essa si sviluppa dapprima per l'irritazione provocata dagli sbalzi di temperatura a cui le dita vengono sottoposte durante il lavoro: poi interviene anche l'azione delle sostanze chimiche contenute nei succhi dei frutti, infine quella dello zucchero che, infiltrandosi nel plasma sanguigno, predispone alla necrosi. L'affezione si presenta in tutti i suoi stadi: dalla semplice infiammazione dei margini ungueali fino alla suppurazione della matrice con necrosi ungueale.

La malattia prende un decorso cronico e può durare anni. La cura è soprattutto profilattica e consiste nella scrupolosa nettezza delle mani, del grembiale; bisogna fare frequenti lavaggi ed usare asciugamani pulitissimi ed asciutti. Contro l'affezione in atto l'A. consiglia i lavaggi di acqua borica, o di soluzione di sublimato. Nei casi avanzati estirpare l'unghia e la granulazione paronichiale.

(*Deutsche Med. Woch.*, n. 18, 1912). P. A.

I danni del cinematografo. — Abbiamo già riferito le opinioni di un medico americano al riguardo; nel « Lancet » del 5 aprile si sostiene invece che la maggior parte dei malesseri avvertiti dopo di avere assistito ad una seduta cinematografica sono dovuti a difettosa areazione dell'ambiente. Quando il locale cinematografico è stato costruito appositamente, in genere si è provveduto anche ad una buona aerazione; ma qualunque locale un po' vasto viene troppo facilmente adibito a « teatro di pitture moventi ». I ventilatori dànno l'illusione di rinnovare l'aria; ma non fanno che agitarla. Sarebbe tempo, secondo l'autorevole giornale inglese, che le autorità sanitarie intervenissero, per assicurare l'osservanza dei più elementari dettami dell'igiene.

(In altra parte del giornale diamo notizia delle misure che verranno prossimamente adottate al riguardo dalla nostra vigile Direzione Generale di Sanità). R. B.

I biglietti di banca sono per lo più ritirati dalla circolazione, non perchè siano consunti, ma perchè sono eccessivamente sudici. Ora, in America, Churchill di Selbiville ha proposto di lavarli mettendoli in una sfera vuota chiusa con lucchetti e forata da molti forellini, la quale si pone in un bagno costituito semplicemente da acqua saponata calda, sottoponendola ad un rapido movimento. Indi la sfera è portata ad un bagno di acqua a pressione e quivi lavata abbondantemente. Infine i biglietti si passano ad un rullo distenditore. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La medicofobia di un Prefetto del Regno.

Nel giornale *L'Appennino* il dott. Giuseppe Belli, presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Arezzo, ha resa pubblica una sua lettera indirizzata ai medici inscritti nel suo Ordine per informarli non tanto dei guai occorsi a lui stesso nella condotta del comune di Subbiano, quanto del contegno del Prefetto della provincia di fronte alle sue lagnanze.

Questo contegno rappresenta uno dei più strani fenomeni di medicofobia, ai quali si sia assistito in questi ultimi tempi da parte delle pubbliche autorità del Regno d'Italia, e non può essere lasciato in quel silenzio che la sua volgarità si meriterebbe.

Il caso Belli è dei più semplici e, purtroppo, dei più comuni nella cronistoria delle condotte mediche italiane.

Il dott. Belli è licenziato dalla condotta di Subbiano senza alcuna ragione di indegnità professionale prima di aver compiuto il biennio di prova, al solo scopo di non fargli acquistare la stabilità; il dott. Belli ricorre alla Giunta provinciale amministrativa, e poi al Tribunale di Arezzo; il Comune lo diffida a lasciare il servizio; l'Associazione nazionale dei medici condotti assume la difesa del collega, e boicotta la condotta di Subbiano. Il Comune, però, trova un giovane *krumiro* a Roma, e lo fa entrare in paese protetto da ben otto carabinieri; il dott. Belli viene a sapere che il giovane collega non è in regola con la sua inscrizione nell'Ordine dei medici di Roma, e insieme ad altri colleghi si reca personalmente dal Prefetto di Arezzo per denunziargli la cosa.

Ed ecco come continua il racconto del dottore Belli:

« La risposta data dal Prefetto, che può sintetizzarsi in una allegra (ma non per questo meno toccante) filippica contro la classe medica fu:

« che la classe dei medici, grettamente ha sempre cercato di salvaguardare i propri interessi a scapito e senza preoccupazione della vita e delle sofferenze dei malati e a danno delle povere finanze comunali;

« che egli era partigiano di un sistema di denuncie e manette per quest'Associazione di poco rispettabili persone;

« che egli non riconosceva l'utilità e quindi nemmeno la legge sugli Ordini dei sanitari, che non sapeva come applicare;

« che le organizzazioni mediche erano a lui estremamente antipatiche anche perchè, al contrario degli Ordini degli avvocati quieti e di nulla desiderosi, quelle erano per lui fonte di noie continue e non lievi;

« che egli nulla avrebbe fatto contro il giovane collega andato a Subbiano ».

Questo strano resoconto (così strano che si potrebbe pensare fosse esagerato se il dubbio non suonasse offesa per il presidente dell'Ordine dei medici di Arezzo) dimostra una singolare forma di fobia che avevamo il diritto di credere passata di moda dopo le dichiarazioni del capo del Governo nei due rami del Parlamento a proposito delle rivendicazioni dei medici condotti e della loro Associazione. Il Prefetto di Arezzo le aveva forse dimenticate nel momento che la sua fobia gli faceva parlare di manette e di denuncie dinanzi a medici rispettabili. Ma non c'è da guastarsi il sangue per così poco. Per idee nuove occorrono uomini nuovi, menti giovani e fresche, e dall'articolo dell'*Appennino* apprendiamo che il presidente dell'Ordine seppe contenere ogni risposta vivace per il rispetto doveroso alla persona del Prefetto di Arezzo, per la sua età e per i lontani suoi meriti patriottici; non solo le sue idee, dunque, ma anche la sua persona appartiene ad un passato remoto.

Se dobbiamo avere ancora qualche illusione nella giustizia di questo mondo, questo Prefetto e queste idee non torneranno più; un grande avvenimento sociale è vicino; una moltitudine di gente nuova s'affaccia per la prima volta alla vita pubblica, da cui la coalizione dei furbi e dei mestatori l'aveva tenuta sino ad oggi lontana. Questa moltitudine finora è rimasta muta, e i furbi ed i mestatori già si rallegrano di averla tutta per loro nei prossimi comizi. Ma se fosse un calcolo sbagliato? Se questi uomini nuovi volessero sul serio pretendere una politica nuova? I medici non avrebbero che a rallegrarsene, per la salute pubblica e per loro stessi.

CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici di Roma. — Domenica 27 luglio fu tenuta nell'aula dell'Istituto Anatomico l'adunanza generale straordinaria dell'Ordine dei Medici, con l'intervento di numerosi professionisti.

Presiedeva il dott. Ballerini che riservandosi di presentare il resoconto morale ed economico sull'opera del Consiglio nell'adunanza generale ordinaria del gennaio 1914, volle intanto mandare un memore e mesto saluto ai colleghi morti nello scorcio dell'anno 1913, e ricordò con nobili parole i dottori: Evaristo Baliva, Cesare Cassani, Francesco Egidi, Ernesto Ferrantini, Alfredo Gabrielli, Salvatore Giammarioli, Romeo Mancini Cortesi, Filippo Pelagallo, Vincenzo Talucci.

Fu poi posto in discussione il quesito se il Consiglio dell'Ordine dovesse accogliere le domande di inscrizione nell'Albo dei dentisti non laureati abilitati a continuare nell'esercizio per la disposizione transitoria della legge 31 marzo 1912. La discussione fu molto vivace: i rappresentanti della Federazione Stomatologica Italiana prof. Piergili e dott. Ribolla proposero che i dentisti non laureati fossero inscritti in un'appendice dell'Albo e intervenissero alle adunanze dell'Ordine solo per le questioni che li riguardassero: parlarono contro questa proposta i dottori Lozzi, Jonna, Cozi, Lazzè, Maiano, ecc. Il Consiglio dichiarò di rimettersi al parere dell'assemblea, che con votazione per appello nominale con 95 voti contro 21 e 5 astensioni respinse l'inscrizione dei dentisti non laureati.

Un'altra viva ed elevata discussione si svolse intorno al ricorso all'adunanza generale dell'Ordine del dott. Paolo Kaufmann (laureato nella Università di Strasburgo) contro la deliberazione del Consiglio amministrativo del 3 maggio 1913, con la quale non veniva accolta la sua domanda per l'inscrizione nell'Albo definitivo dell'Ordine, non essendo il Kaufmann fornito di diploma professionale di un Istituto del Regno o di un Istituto di Stato estero che abbia concesso il diritto di reciprocità per l'esercizio professionale ai cittadini diplomati in Italia, e non essendo nemmeno inscritto da tre anni prima della legge 10 luglio 1910 nei ruoli dei contribuenti per i redditi della ricchezza mobile derivanti dall'esercizio professionale.

Il dott. Kaufmann difese personalmente il suo ricorso che fu combattuto dal presidente dott. Ballerini, dal consigliere-segretario dott. Garofalo e dai dott. Cochetti, Valenzi, Stagnitta, Lozzi, Lazzè. Il presid., a proposito di uno dei motivi del ricorso avanzato dal Kaufmann, secondo il quale la legge germanica 21 giugno 1869 (Reichsgewerbeordnung, testo unico) 26 luglio 1900 al § 29 concederebbe libertà di esercizio medico in Germania e perciò reciprocità ai laureati italiani, riferì che il Consiglio dell'Ordine ha provocato in proposito un parere del nostro Ministero degli affari esteri che in data 15 luglio 1913 con lettera firmata dal Sottosegretario di Stato on. Di Scalea, rispondeva che per il suddetto paragrafo « chiunque voglia in Germania chiamarsi dottore in medicina e spedire ricette deve avere una speciale approvazione che viene concessa dopo una prova di capacità nelle forme della « Prüfungsordnung für Aerzte », 18 maggio 1901: prova della quale è solo fatta al « Rundesrat » facoltà di esonerare persone conosciute per i loro meriti scientifici. I laureati in Italia sono pareggiati ai « Kurpfuscher » o abusivi ed è loro coneesso l'esercizio professionale nei ristretti limiti nei quali è consentito a questi ultimi. Anche se la giurisprudenza in materia delle Corti dell'Impero alla quale il dott. Kaufmann si richiama, abbia riconosciuto che i medici stranieri diplomati in un Istituto del loro paese possono qualificarsi medici e dottori (facendo però seguire tale qoalifica dalla aggiunta del paese in cui il diploma conseguirono) tale giurisprudenza non verrebbe a modificare i principii sanciti dalla legislazione germanica per quanto concerne le gravi limitazioni all'esercizio della medicina da parte di stranieri. E manca perciò quel completo riconoscimento di valore ai diplomi rilasciati in Italia che per *evidenti ragioni di dignità nazionale* la legge 10 luglio 1910, n. 455, esige da parte dello Stato i cui titoli accademici si pretende siano da noi riconosciuti per l'ammissione all'esercizio delle professioni sanitarie nel Regno e nelle colonie ».

A proposito di un altro argomento eccepito dal ricorrente, di essere cioè stato adibito come medico del lazzaretto di Roma, durante l'epidemia colerica del 1910, il presidente lesse una lettera dell'ufficiale sanitario, direttore dell'Ufficio d'igiene di Roma, nella quale questi al Consiglio che gli domandava notizie in proposito, rispondeva « nel 1910 avendo bisogno di mettere *a latere* del medico direttore del lazzaretto un esperto batteriologo per indagini al letto del malato, e non potendo privarmi del personale del laboratorio mu-

nicipale, pregai il dott. Kaufmann di aiutare il medico del lazzaretto nelle ricerche suddette. Il dott. Kaufmann accettò volentieri l'incarico del tutto gratuito perchè questo gli dava agio di continuare alcuni studi sul vibrione colerico. L'incarico ebbe sempre carattere particolare... ». Gli oratori che presero la parola riconobbero tutti che la posizione giuridica del ricorrente non veniva mutata in nulla da questa lettera dell'ufficiale sanitario di Roma, che in verità ebbe dall'assemblea ben diversa accoglienza da quella fatta alla risposta nobilissima dell'on. Di Scalea.

L'adunanza respinse a scrutinio segreto con voti 78 contro 22 il ricorso del dott. Kaufmann. Nella discussione, tanto i componenti del Consiglio quanto gli altri oratori tennero a dichiarare unanimemente che essi sostenevano una questione di massima, dolenti che nel caso speciale essa riguardasse un collega degno di rispetto e di stima per i suoi meriti scientifici.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3950) *Vetture per visite mediche - Obblighi del Comune.* — Il Dott. M. B. da C. ha il diritto di ricevere la vettura gratis dal Comune. Essendo stato però, durante un viaggio notturno aggredito dal vetturino, che fu in seguito condannato dalla autorità giudiziaria al carcere ed alle spese, con regolare diffida fece conoscere al Municipio che non intendeva essere più servito da quell'individuo. Il Municipio non si curò di sostituire l'appaltatore nè di sciogliere il relativo contratto, per cui fu obbligato provvedere a proprie spese al trasporto suo personale. Domanda conoscere se ha diritto di essere rimborsato delle spese sostenute e se può essere accampata la prescrizione triennale.

Avendo il Cnmune assunto l'obbligo di provvedere al servizio di trasposto del sanitario per le visite di campagna, ha implicitamente il dovere di curare a che detto trasporto si esegua con mezzi idonei e personale adatto. Non può ritenersi personale adatto quello che di notte in aperta campagna aggredisce il medico sotto pretesto del troppo gravoso servizio che l'obbliga a prestare. Il Comune in seguito a tale incidente ed alla condanna del vetturino, avrebbe dovuto procedere alla risoluzione del contratto e non permettere che l'assuntore percepisca il relativo canone senza prestare servizio. È, quindi, secondo noi, pienamente giustificata la domanda da Lei avanzata per rimborso delle spese che ha sostenute, non ostante che avesse avuto diritto al trasporto gratuito. Veda in ogni modo, avanti di iniziare regolare procedimento giudiziario, di iniziare pratiche per bonario componimento coll'Amministrazione municipale.

Non è il caso della prescrizione triennale perchè non trattasi di pagamento di visite mediche ma bensì di rimborso di spese anticipate per conto di un terzo, che aveva l'obbligo di erogarle.

(3951) *Periodo di prova - Interinato.* — Al Dottor E. D. B. da S. A. che analogamente ci interpella, rispondiamo che oramai è costante la giurisprudenza che ritiene computabile nel biennio di prova il periodo di interinato, quando sia, però, seguito da regolare nomina in base a concorso.

(3952) *Pagamento prestazioni mediche.* — Il Dottor L. V. da M. desidera conoscere: 1° Se un povero che si fa curare da un medico di altro rione sia obbligato al pagamento delle visite; 2° Se un esposto, ospitato in famiglia benestante e di età superiore ai 20 anni deve pagare il medico che lo cura: 3° A chi il medico debba rivolgersi per essere pagato da un operaio forestiere, che domicilia in Comune da circa due anni e 4° se abbia diritto di farsi pagare per operazioni di parto eseguite in donne povere forestiere non comprese nello elenco dei poveri.

Se un individuo si fa curare da un medico preposto a zona diversa e ciò per sua individuale elezione, deve pagare le cure che riceve nè può allegare l'ignoranza della ripartizione del territorio in diverse circoscrizioni perchè nessuno può allegare di non conoscere la legge, i regolamenti generali o locali, che ci governano. L'esposto, cui allude e per esso la famiglia che l'ospitò deve pagare le cure prestate dal medico condotto.

Se il forestiere non è compreso nell'elenco dei poveri, non è in diritto di ricevere l'assistenza gratuita del medico, così come le donne, che ebbero bisogno di intervento chirurgico pel parto. Tanto l'uno quanto le altre debbono pagarla *de proprio* e se sono tutti operai, come Ella dichiara non dovrebbero difettare dei mezzi occorrenti.

(3953) *Armadii farmaceutici.* — Il Dott. S. P. da P. E. desidera conoscere se il sindaco può impedire la somministrazione gratuita di medicinali fatta in seguito a prescrizione non del medico condotto ma di altro sanitario libero esercente, se il sindaco può proibire la prescrizione di farmaci di lusso, se per la scelta del farmacista si deve obbligatoriamente ricorrere all'asta pubblica e se nell'armadio farmaceutico possono essere tenuti anche medicinali non compresi nella farmacopea ufficiale.

Ai soli medici condotti è data facoltà di prescrivere medicinali da somministrarsi gratuita-

mente ai poveri. I liberi esercenti possono ordinarsi solo in casi urgenza salvo la ratifica dell'autorità competente. Il sindaco può proibire la somministrazione gratuita di medicinali di lusso, perchè trattasi di opera caritativa che non deve assorbire la maggior parte delle attività del bilancio comunale ma deve mantenersi in giusti tollerabili limiti. Si deve per regola seguire l'asta pubblica nella scelta dal farmacista, ma, ciò non ostante, trattandosi di somministrazione e servizio principalmente fiduciario, può chiedersi ed ottenere l'autorizzazione per la trattativa privata, se l'ammontare della spesa supera le lire 500. Nella armadio farmaceutico si possono custodire altri farmaci all'infuori di quelli indicati nella farmacopea, ma sempre con esplicita autorizzazione del Ministero.

(3954). *Elenco dei poveri - Somminisirazione gratuita di medicinali.* — Il Dott. M. P. da C. S. O. desidera conoscere: 1° Qualora risultasse provato da inchiesta governativa che l'elenco dei poveri contiene molte famiglie agiate il medico può agire per danni contro l'Amministrazione municipale? 2° In mancanza di apposito formulario può servir di base alla somministrazione gratuita di medicinali una tariffa di medicamenti approvata dal C. S. P.? 3° Può il medico provinciale ridurre la quantità delle somministrazioni specie per la marsala e l'elixir di china?

Quando l'elenco dei poveri è formulato irregolarmente con la inclusione di persone o famiglie che che non avrebbero il diritto, il medico condotto può chiedere ed ottenere congruo aumento di stipendio dalla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 del Testo unico della legge sanitaria. Non sarebbe ammissibile l'azione per danni. Quando la tariffa di medicamenti fu approvata dal Consiglio Provinciale di sanità ed accettata dal Comune può valere per il formulario indicato del Regolamento sanitario. Non può il medico provinciale ridurre di ufficio il quantitativo delle prescrizioni terapeutiche, nè ordinare che nelle singole ricette sia indicato lo stato dell'infermo giacchè ciò facendo si sostituirebbe il medico esercente.

(3955) *Pensioni.* — Il Dott. P. S. da C. chiede conoscere se avendo aderito alla Cassa di Previdenza nel dicembre 1900 possa riscattare due anni e mezzo di interinato prestato nel 1907 e 6 anni di servizio fatto come medico di marina.

Gli anni di interinato non si possono riscattare sia perchè fatti non in base a nomina regolare sia perchè prestati dopo il 1° gennaio 1899. Se gli anni di servizio prestati come ufficiale medico di marina non portavano diritto a pensione verso lo Stato, possono valere agli effetti dell'articolo 26 del testo unico 2 gennaio 1913, n. 453.

(3956) *Consigliere provinciale - Decadenza.* — Il Dott. C. T. L. da C. di S. chiede conoscere da chi ed in qual modo deve essere dichiarata la decadenza del consigliere provinciale che sia medico di un ospedale esistente nella provincia.

La decadenza dall'ufficio di consigliere provinciale per la suindicata ragione, è dichiarata di ufficio dal Consiglio provinciale dopo decorso il termine di dieci giorni dalla notificazione giudiziale all'interessato della proposta di decadenza. La relativa dichiarazione può essere promossa da qualsiasi cittadino o dal Prefetto. Trattandosi di motivo di ineleggibilità la postuma dimissione della carica retribuita non esime dalla decadenza della carica elettiva di consigliere provinciale.

(3957) *Pensioni.* — Al Dott. L. C. da C. che ci interpella in argomento rispondiamo che il servizio militare può essere invocato per il più sollecito conseguimento del diritto a pensione purchè sia prestato con interruzione di carriera, cioè dopo la nomina.

(3959) *Cura dei poveri.* — Il dott. C. A. da V. S. che è condottato per la generalità degli abitanti chiede conoscere se in un ambulatorio comunale annesso all'ospedale possano essere visitate anche persone non povere.

Tutti i cittadini possono essere gratuitamente curati nell'ambulatorio.

(3960). *Trasferte.* — Al Dott. E. P. A. da A. diciamo che per le trasferte in località malariche per la campagna relativa si può pretendere il compenso stabilito dal regio decreto 14 settembre 1862 n. 840.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Il nostro reputato e valente collaboratore dottor Carlo Brunetti ha conseguito la libera docenza in patologia chirurgica. La tesi è stata una raccolta giudiziosa e interessante di fatti e di considerazioni anatomo-patologiche e cliniche sul tema « Le cisti e i neoplasmi del mesentere ». La lezione, tenuta magistralmente, riguardava « Le stenosi del piloro ». L'una e l'altra destarono l'approvazione piena e incondizionata della Commissione esaminatrice.

Il Brunetti ha già fornito una brillante carriera ospedaliera, acquistando esperienza clinica copiosa e matura.

Il suo manuale sul « Pronto soccorso chirurgico » è un'épitome ammirevole, il cui valore è stato pienamente riconosciuto dai nostri lettori

Auguri ch'egli raggiunga ben presto i fastigi della professione.

MILANO. — Il dott. Giuseppe Palma, specialista delle malattie dei bambini, è nominato medico direttore dell'Ospedale infantile del sovrano Ordine di Malta.

Condotte e Concorsi.

BASSIANO (*Roma*). — Al 31 agosto condotta per la generalità; L. 3883.50 lorde e L. 100 quale U. S.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Si notifica che per deliberazione del Consiglio di amministrazione il termine di scadenza del concorso indetto a medico chirurgo assistente biennale è prorogato al 12 agosto.

BRUGNERA (*Udine*). — Condotta; L. 5500 compreso U. S. e indenn. cav.; ab. 5000. Scad. 15 ag.

CARUGATE (*Milano*). — Condotto e uff. san.; L. 3250 nette aument., ab. 3392. Scad. 25 ag.

CASTAGNETO PO (*Torino*). — Condotto e uff. san.; L. 2000 lorde. Scad. 20 agosto.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). Condotta del capoluogo, piena, e servizio ospedale. Ab. 2763, dei quali 675 agglomerati e 2088 sparsi. Supplente dei titolari delle 5 condotte e servizio ospedale. L. 200 all'U. S.; ad entrambi L. 3900 e L. 800 per mezzo trasporto. Scad. 15 ag.

CHIETI. *Congregazione di Carità.* — Due posti di assistente nel reparto chirurgico dell'Ospedale civile per laureati da non oltre tre anni. Stipendio annuo L. 1500 nette, alloggio, illuminazione, riscaldamento ed altri proventi eventuali. Nomina biennale. Scadenza 31 agosto.

CINTO COAMAGGIORE (*Venezia*). — Condotto; L. 3400 per le sole fam. pov. (25 su 2949 ab.), L. 100 quale uff. san. Scad. 20 ag.

* CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Condotte di S. Lucia con residenza in città e Fraccano, Lugnano, Morra e Trestina; L. 3000 ciasc. lorde e 3 sessenni, cura piena con facoltà di limitare gli stipendi a sole L. 2250 per i soli poveri; L. 700 per mezzo trasp. Scad. 15 ag.

COMO. *Deputazione Provinciale.* — Sino al 7 agosto concorso, per titoli scientifici e pratici, al posto di Medico-Direttore-Ostetrico del Brefotrofio collo stipendio di L. 4000. Rivolgersi alla Segreteria.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie pov. 38. Scad. 31 ag.

IMOLA. *Congregazione di Carità.* — Assistente medico nell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde con diritto all'alloggio nell'Istituto. Scad. 15 agosto.

MESTRE (*Venezia*). — Medico assistente dell'ospedale; L. 1500, vitto ed alloggio. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

MONTALTO MARCHE (*Ascoli*). — 2ª condotta del capoluogo, L. 3000 elevabili a L. 3250 al 1° gennaio 1914, L. 500 cavallo, cura piena. Scadenza 15 agosto.

PELLESTRINA (*Venezia*). — Condotta di San Pietro in Volta e Portosecco; L. 3000 per i soli poveri, L. 50 quale u. f. e L. 400 eventuali per compenso servizio militari. Scad. 5 agosto.

POGGIO RUSCO (*Mantova*). — Medico chirurgo; lorde L. 4500, indennità cavalcatura L. 600, tre sessenni. La cura è estesa alla generalità. Paese sul percorso due linee ferroviarie, in piano. Servizio in condotta od ospedale per tre anni. Si chiude il 25 agosto.

RIO NELL'ELBA (*Livorno*). — Condotta; L. 3000 nette, ritenuta C. P., sessenni fino a L. 3900; parecchi proventi eventuali. Rivolgersi Segreteria.

* SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Condotta piena; L. 3800 lorde, L. 700 per cavalc., L. 100 per U. S. e tre sessenni del decimo. Ab. 1060. Non più di 40 anni, s. e. r. Scad. 25 agosto.

TERDOBBIATE (*Novara*). — Condotta piena; L. 3400 lorde, 3 sessenni ed alloggio. Ab. 912. Obbligo tenuta a. f.; indennità immigrati a parte. Scad. 15 ag.

TIGNALE-LAGO DI GARDA (*Brescia*). — Condotta per la generalità; L. 3500 aument. Scad. 31 agosto.

TRADATE (*Como*). — Condotta piena con Lonate e Torba; L. 3350 lorde e tre decimi, L. 500 per mezzo trasp., compenso quale U. S.; residenza a Tradate (5000 ab., prossima a Milano). Se cognizioni chirurgiche, eventuale direzione ospedale (di prossima apertura). Scad. 31 agosto.

TRICASE (*Lecce*). — Condotta piena. Proroga al 25 ag.

TRINO (*Novara*). — Condotta per Grangie. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 agosto.

TRIPI (*Messina*). — Condotta per la 2ª zona; L. 2600. Rivolgersi al Sindaco. Scadenza prorogata al 22 agosto.

VALDELLATORRE (*Torino*). — Condotta. L. 2000, L. 100 quale U. S. e L. 100 per a. f. Scad. 20 agosto.

VALLELONGA (*Catanzaro*). — Condotta per i poveri; L. 2000 al lordo di R. M., oltre L. 100 se Uff. San. Scade 20 agosto.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero.* — Concorso ai seguenti posti di medico-chirurgo assistente presso l'Ospitale civile: *a*) uno di 1ª categoria con l'annuo stipendio lordo di L. 1400; *b*) tre di 2ª categoria con l'annuo stipendio lordo di L. 1200; indennità di L. 3 oltre il vitto per ogni servizio di guardia. Scadenza 30 agosto.

Medico ufficiale sanitario assumerebbe subito interinato buone condizioni. Scrivere Scaglia, via Gioberti, 70, Torino.

Medico chirurgo con lunga pratica di condotta e ottimi certificati accetterebbe interinato in condotta preferibilmente nella Lombardia o nel Veneto, a buone condizioni, dai primi di agosto. Scrivere sig. Biancheri Bartolomeo, fermo posta, Vallebona (Bordighera).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

La Sezione di Viterbo dell'A. N. M. C., conferma e intensifica la diffida della condotta di Ronciglione perchè a cura piena, con stipendio di L. 3400 lorde, e per mancate promesse di quel Municipio di aumento di stipendio ai medici attuali. Dott. EMIDIO MORGANTI.

NOTIZIE DIVERSE

III Congresso nazionale per la lotta sociale contro la tubercolosi.

Il Congresso della Federazione Italiana delle Opere antitubercolari avrà luogo a Torino nell'Istituto di anatomia patologica (via Esposizione, 15) dal 2 al 4 ottobre.

L'inaugurazione ufficiale del Congresso, al quale interverranno i rappresentanti del Governo e della città di Torino, avrà luogo nell'Aula Magna della R. Università.

La discussione verterà sulle seguenti relazioni:

1. Mezzi atti a creare la coscienza igienica antitubercolare (relat. prof. A. Vestea).
2. Dispensari antitubercolari e loro funzionamento (relat. prof. F. Schupfer).
3. Isolamento dei tisici (relat. dott. F. Gatti).
4. Assicurazione obbligatoria contro le malattie (relat. comm. Magaldi).
5. Coordinamento delle Opere locali di beneficenza nella lotta antitubercolare (relat. on. Calandra).
6. La tubercolosi infantile (relatore prof. C. Comba).

Sarà quindi ammessa alla lettura una relazione della signora N. Facchi della Croce Rossa Italiana: « Sulla cooperazione della donna nella lotta antitubercolare ».

In seguito si svolgeranno i temi liberamente presentati ai segretari del Congresso.

La presentazione dei temi è valida fino a tutto il 30 settembre p. v. e si pregano coloro che ne avessero bisogno, di preannunziare l'uso che faranno di mezzi di proiezione o di microscopio o di tavole murarie.

In occasione del Congresso sarà tenuta la riunione annuale dei rappresentanti della Federazione con l'O. d. G.: 1° comunicazione della Presidenza; 2° stato attuale della F. I. O. A.; 3° rinnovazione della Presidenza.

In uno dei giorni del Congresso, l'Opera torinese intitolata « Crociata contro la tubercolosi » promossa dalla Società d'igiene, sotto la presidenza di S. A. I. R. la principessa Letizia, celebrerà la solenne premiazione ai maestri elementari e ai loro alunni, i quali hanno rispettivamente insegnato e appreso i principî su cui si fonda la lotta contro la tubercolosi.

La quota d'iscrizione al Congresso è di lire 10. Coloro che vogliono inscriversi si dirigano ai segretari prof. Ronzoni, via Solferino, 15, Milano, o al dott. Bormans, batteriologo municipale, Torino. Sarà economo-cassiere del Congresso il prof. Ronzoni. Per facilitazioni ferroviarie, rivolgersi al prof. Ronzoni.

Il Convegno dell'Associazione di medicina legale.

Come abbiamo preannunciato, si è riunita in Genova l'Associazione di medicina legale di recente costituita per iniziativa di Perrando, Carrara, Ferrai e Borri.

Il convegno è riuscito egregiamente, per il numero cospicuo dei convenuti e per la varietà dei temi trattati. Erano presenti rappresentanti di Padova, Torino, Pavia, Genova, Milano, Parma, Modena, Firenze, Cagliari, Sassari, Catania, Bologna e Napoli.

Il prof. Tamassia fu acclamato presidente perpetuo della Associazione; per il biennio 1914-1915 furono nominati Borri, presidente; Carrara, vicepresidente; Mirto e Ferrari, consiglieri; Cevidalli, segretario.

Riferiremo prossimamente sui lavori compiuti.

Consiglio Superiore della P. I.

Nella sessione dell'11-12 giugno il Consiglio superiore ha dato parere favorevole pel mantenimento in servizio oltre i limiti d'età di De Amicis Tommaso, ordinario di clinica dermosifilopatica nella R. Università di Napoli; De Giovanni Achille, ordinario di clinica medica generale nella R. Università di Padova.

Ha approvato gli atti per la promozione ad ordinario del professore straordinario stabile Gatti Gerolamo di patologia speciale chirurgica dimostrativa a Firenze.

Ha dato parere favorevole alla nomina a professori straordinari di: Besta Carlo di clinica delle malattie nervose e mentali a Messina; Gagnoni Enrico di clinica pediatrica a Siena; Allaria G. B. di clinica pediatrica a Torino; Baglioni Silvestro di fisiologia a Sassari.

Ha approvato gli atti di numerose libere docenze, di cui daremo notizia man mano che verranno pubblicati i decreti di nomina nel « Bollettino ufficiale della P. I. ».

Propaganda igienica nelle scuole.

Il comune di Milano ha provveduto anche quest'anno ad un corso d'igiene per gl'insegnanti delle scuole elementari, affidandone l'incarico ad alcuni medici dell'ufficio d'igiene.

Il corso ebbe la durata di un mese e constò di 16 conferenze concernenti l'igiene scolastica, l'igiene infantile, l'igiene alimentare, le malattie infettive, l'alcoolismo e i soccorsi d'urgenza.

In seno al Consiglio comunale di Milano, il dott. Filippetti raccomandò che sui quaderni da distribuire agli scolari poveri si stampino delle norme igieniche, morali e civili. L'assessore Mojana accettò di buon grado la proposta.

Per l'infanzia malata.

Il « Messaggero » di Roma ha avuto la filantropica iniziativa di aprire una sottoscrizione a favore delle Colonie marine per la cura dei bambini tubercolotici. La sottoscrizione ha fruttato molte migliaia di lire.

Il prof. Augusto Tamburini, sempre curante de' bisogni sanitari del nostro paese, nell'inviare il suo contributo alle Colonie, ha posto in rilievo la mancanza in Roma di un pubblico Pedocomio ed ha insistito sulla necessità di provvedere a questa grave deficienza e particolarmente al ricovero dei bambini tubercolotici. Il giornale democratico ha accolto e validamente sostenuto tale proposta.

Visita a un Sanatorio.

Il ministro della P. I. on. Credaro e l'on. Greppi, sindaco di Milano, accompagnati dal prefetto e dal sindaco di Sondrio, si recarono a visitare il primo grandioso Sanatorio popolare « Umberto I » a Prasomaso, accolti dal presidente e dai consiglieri di amministrazione, ai quali esternarono la loro viva soddisfazione pel funzionamento della benefica istituzione.

Alla Croce Rossa.

All'Ospedale militare del Celio sono stati espletati gli esami di diploma e di promozione delle allieve infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana.

La Commissione, presieduta dal colonnello direttore dell'Ospedale militare cav. Grieco, era composta dei dottori e proff. Scafi, Memmo, Riva, Pomponi, Garofalo, Carlifanti, Palazzeschi, Angelucci.

Furono diplomate 11 infermiere; furono promosse al 2° corso 22 allieve fra le quali 9 suore.

Splendida prova fu data dalle allieve infermiere della Scuola di Piansano, piccolo paese in quel di Viterbo, diretta dal dott. Mario Palazzeschi. La Commissione ebbe parole di viva lode per le brave signorine e per il loro infaticabile maestro.

In onore delle neo-infermiere fu tenuto un ricevimento in casa della marchesa Guiccioli, ispettrice della Scuola infermiere.

Sei di esse appartengono alla scuola di Roma e cinque alla scuola di Piansano.

Inchiesta sull'ospedale di Tripoli.

In seguito al risultato di una recente inchiesta sul funzionamento dell'Ospedale civile di Tripoli, il Ministero ha inviato un commissario regio nella persona del prof. Ilvento, in attesa di riaprire il concorso per la nomina del direttore.

L'igiene nei cinematografi.

Da indagini fatte eseguire dalla nostra Direzione generale della sanità risulta che parecchie sale per spettacoli cinematografici non rispondono affatto alle regole prescritte per la tutela dell'igiene pubblica. Moltissime sono piccole, prive d'aria, e in alcune altre difetta assolutamente ogni principio di pulizia. Ora, il raggruppare parecchie centinaia di persone in ambienti inadatti e non puliti, può essere nocivo specialmente ai ragazzi. Verranno quindi impartite tassative disposizioni ai prefetti perchè oltre alle disposizioni vigenti che regolano la incolumità del pubblico nelle sale cinematografiche, sia tutelata l'igiene.

Importante sentenza in materia sanitaria.

Il sindaco di Stimigliano, nel novembre 1912, ordinava che fossero abbattuti alcuni capi di bestiame morsi da un cane idrofobo.

Il proprietario, pure ammettendo la legittima dell'atto, conveniva in giudizio il Comune dinanzi al pretore di Poggio Mirteto per il pagamento di un congruo indennizzo. Il pretore, accogliendo al tesi giuridica svolta brillantemente dall'avv. Angelo Santoro, condannò definitivamente il Comune.

È morto a Berlino in età di 63 anni il noto igienista prof. **Theodor Weyl**. Insegnava al Politecnico di Charlottenburg.

Il suo nome resta legato al grandioso « Handbuch der Hygiene », in molti volumi, del quale è comparsa ora una 2ª edizione.

Ha pubblicato molti lavori, specialmente sulla igiene municipale.

Il 23 luglio corr. anno morì in Marino (Roma), nell'età di 47 anni, il dott. **Vincenzo Talucci**.

Era medico condotto da 21 anni e fu tra i più ferventi apostoli della A. N. M. C. Lavoratore instancabile, professionista intelligente e stimato, sacrificò tutto sè stesso nell' adempimento del proprio dovere.

Minato da un'antica nefrite, acquistatasi specialmente nel servizio di notte, era in questi ultimi giorni divenuto completamente cieco.

Sino a tanto però che egli potè vedere appena un raggio di luce, non si diè per vinto e, quantunque a stento, volle disimpegnare il suo servizio; poi, quando le tenebre caddero per sempre sui suoi occhi, stramazzò fulminato da un'emorragia cerebrale!

Lascia nel dolore e nella miseria la sua giovane vedova e tre figli piccoletti. MARCHETTI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 10 agosto 1913 Fasc. 32

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Pavia
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Osservazioni sulla permanenza del B. del tifo nelle deiezioni di convalescenti e guariti di infezione tifica

per il dott. C. CAMPIGLIO.

Dopo che Koch ed i suoi allievi, mediante l'esame metodico delle feci di convalescenti di tifo, ebbero scoperta l'esistenza dei cosidetti portatori di bacilli, cioè di persone che, per un certo lasso di tempo dopo la fine della malattia, emettono bacilli del tifo nelle feci o nelle urine, numerosissime furono le ricerche ed i lavori sopra questo argomento, data la sua importanza per quanto riguarda l'igiene e la profilassi. Gli studi di Forster, Kayser, di Doerr, di Lentz e di molti altri vennero in seguito a completare le cognizioni che si avevano in proposito e si giunse a concludere che i bacilli del tifo, emessi dai portatori colle feci, provengono dalla vescichetta biliare, dove arrivano per il sangue e attraverso il fegato e dove trovando le migliori condizioni di soggiorno e di sviluppo si fissano anche per anni interi. Dalla vescichetta biliare poi ad intervalli sono colla bile portati nel lume intestinale e recati all'esterno.

Interessante pure era conoscere in quale percentuale i convalescenti di tifo diventassero portatori di bacilli. Lentz e Frosch trovarono che circa il 5 per cento degli ammalati, presi in esame, continuavano ad emettere germi dopo dieci settimane e di questi circa la metà diventarono portatori cronici. Greig osservò che l'11 % dei convalescenti emettono bacilli dopo la sesta settimana. Graham e Dailez vennero alla conclusione che circa il 16 % dei tifosi lasciano l'ospedale con pericolo di contagio per mezzo dei loro escrementi.

Gould e Qualls nel 21 % circa dei casi esaminati trovarono bacilli dopo un periodo da 45 a 120 giorni dalla cessazione della febbre.

Le mie ricerche pure ebbero per iscopo, essendo oramai indiscussa l'esistenza dei portatori dei bacilli, di constatare in quale proporzione, per quanto tempo e con quali diverse modalità i convalescenti di febbre tifoide emettono bacilli anche dopo la cessazione della febbre. I casi da me esaminati furono 23. Nella maggiore parte di questi ammalati feci un primo esame quando la malattia era nel suo acme, a fine di avere, mediante questa prova batteriologica, una diagnosi più sicura, per quanto nella maggior parte dei casi la diagnosi fosse già assodata e dai sintomi clinici e dalla prova del Widal sopra il siero del sangue dell'ammalato ed infine dall'essersi potuto talvolta isolare dal sangue il bacillo di

Eberth. Entrato l'ammalato in convalescenza, intraprendevo una serie di esami consecutivi sulle sue feci, finchè non avessi ottenuto almeno tre risultati negativi. Di qualche paziente presi in esame anche le urine.

Per differenziare il bacillo di Eberth dagli altri numerosi microorganismi, che eventualmente si possono trovare nelle feci e specialmente dal *bacterium coli*, mi servii del mezzo colturale colorato Endo. Per preparare questo terreno di coltura procedetti nel seguente modo: Ad un litro di brodo con agar al 3 %, aggiungevo 10 cmc. di soluzione acquosa di soda caustica al 10 %, sterilizzavo, filtravo e distribuivo in dieci bocce, in modo che ogni boccia contenesse 100 cmc. di agar. Al momento di usarne facevo sciogliere l'agar ed aggiungevo per ogni boccia gr. 1 di zucchero di latte, cmc. 0.5 di soluzione alcoolica satura di fucsina basica, cmc. 2.5 di soluzione acquosa di solfito sodico al 10 %. Senza più oltre riscaldare versavo il materiale nelle piatte di Petri. L'agar così preparato ha una leggera tinta rosea. S'intende che procuravo di eseguire ogni cosa esattamente, non essendomi possibile sterilizzare il mezzo di coltura, senza alterarne, coll'ulteriore riscaldamento, il colorito roseo.

Procedevo quindi alla semina del materiale sospetto, stemperando accuratamente un frustolo di feci in una certa quantità di soluzione fisiologica sterile e strisciando una bacchetta di vetro, ripiegata ad ad angolo retto ad una delle estremità e intinta nella suddetta soluzione, sopra tre o quattro piatte. Questa operazione doveva essere fatta con molta accuratezza, per evitare che fosse seminata un'eccessiva quantità di materiale. Dopo circa 24 ore di termostato a 37°, le colonie di bacillo tifogeno, non colorando il mezzo, si presentano piccole, rotonde, di un colore leggermente bluastro, trasparenti; le colonie di *bacterium coli* sono invece d'un color rosso vinoso, metallico, colorano vivamente in rosso il mezzo di coltura e presentano uno sviluppo molto maggiore. Isolate con filo di platino le colonie sospette le innestavo a striscio sopra tubi di agar comune a becco di flauto, ottenendo così dopo 24 ore di termostato a 37° una coltura pura, avente l'aspetto di una sottile patina biancastra, umida, inodora.

Queste colonie così isolate le sottoponevo primariamente ad un esame morfologico, facendone un preparato microscopico colorato con una delle solite colorazioni all'anilina, indi alla prova dell'agglutinazione mediante siero di coniglio immune per il tifo, ad una diluizione da 1 : 100 ad 1 : 4000.

Talvolta allo scopo di meglio isolare le colonie sospette procedetti a reiterate e consecutive semine su agar Endo. Per ritenere la prova positiva, bisognava che il bacillo isolato fosse agglutinato ad una diluizione del siero almeno di 1 : 2000.

I risultati da me ottenuti mediante questo metodo di isolamento e di identificazione sono i seguenti: dei 23 casi da me esaminati, in quattordici potei isolare bacilli del tifo dalle feci, anche per qualche giorno dopo che la febbre era caduta. Di questi quattordici convalescenti, sette cessarono di eliminare germi entro la sesta giornata di apiressia, cinque entro la dodicesima, tre (13 %) continuarono per un tempo ulteriore ad emetterli. In un primo caso i bacilli scomparvero dopo circa 2 mesi; in un secondo dopo quasi 4 mesi ed infine nel terzo persistevano dopo circa ottanta giorni di apiressia ancora quando io dovetti cessare le mie indagini.

Potei osservare che la persistenza dei bacilli non è in rapporto colla gravità della malattia, giacchè in casi molto gravi i bacilli scomparvero colla febbre, mentre in altri relativamente leggeri furono emessi per molto tempo, come nel secondo caso sopracitato. I microrganismi tifogeni non sempre vengono eliminati in modo continuo; possono scomparire delle feci di un paziente per qualche settimana, per poi ricomparire ad un tratto in numero grandissimo. Pure la quantità dei microrganismi emessi può variare: una deiezione dalla quale si è potuto isolare solo una o due colonie, può essere seguita da un'altra con numerosissime colonie.

Per le urine, possono venire eliminati bacilli in grande quantità durante la malattia o sul finire di essa; quando la febbre è cessata, le urine sono per lo più prive di germi tifogeni anche nei casi in cui si nota persistenza di essi nelle feci.

Questi risultati dimostrano ancora una volta in modo certo che un certo numero di convalescenti abbandona l'ospedale, quando ancora l'eliminazione dei bacilli del tifo dal loro organismo non è finita. Si può facilmente imaginare quale pericolo latente costituiscono per le persone che le circondano, questi portatori di bacilli per tutto il tempo dell'eliminazione dei germi dal loro intestino. Rigorose misure profilattiche dovrebbero quindi essere prese contro questi strumenti di contagio di una grave infezione. E giacchè sfor-

tunatamente tutti i mezzi impiegati finora per liberare i portatori dai loro germi e diete e medicamenti non hanno dato alcun risultato positivo, sarebbe dovere del sanitario d'imporre ai tifosi guariti ed alle persone, che con loro possono avere contatto, delle regole igieniche speciali

BIBLIOGRAFIA.

FROSCH. Klinische Jahrbuch, 1908, Vol. XIX, H. 4.
DRIGALSKI. Central. f. Bakteriol, XXXVI, 1904.
LENTZ. *Ueber chron. Bacillenträger*. Klinische Jarburch, XIV, 1905.
FORSTER u. KAYSER. München. Med. Wochen, n. 37, 1905.
DOERR. Centrai für Bakteriol., XXXIX, 1905.
MINELLI. Central für Bakteriol., XLI, 1906.
KOSSEL. Deutsche Med. Wochen., 1907.
FRIEDEL. Zeitschrift f. Mediz. Beamte., H. 6, 1907.
KLINGER. Arbeiten a. d. Kais. Ges. Amt., Bd. XXIV. H. 1, 1910.
KAYSER. Arbeiten a. d. Kaiserl. Ges. Amt., Bd. XXIV, H. 1, 1910.
MC.WEENEY. Tr. Roy. Acad. Med. Ireland, XXIX, 1911.
BOLDUAN. New York Med. Jour. XCIV, 1911.
GOULD and QUALLS. Jour. Amer. Med. Assoc., n. 8, 1912.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

La diagnosi dell'acidosi.

(LABBÉ e BITH. *La Presse méd.*).

Acidosi è uno stato d'intossicazione caratterizzato dall'accumulo di sostanze acide non ossidate nel sangue e negli umori; più frequente nel diabete, si riscontra però in altre affezioni che rivestono un andamento analogo all'acidosi diatetica. Così sindromi cliniche d'acidosi possono comparire nei malati di cancro o di gravi affezioni intestinali, nelle anemie gravi, negli stati gravidici, in seguito a cloroformizzazioni, nei vomiti ciclici dei bambini con acetonemia.

Grande interesse offre la diagnosi precoce ed esatta dell'acidosi per un opportuno intervento il più delle volte, se precoce, utile all'ammalato.

La clinica non può fondare il suo giudizio sui grandi elementi delle sindromi di acidosi, nelle quali sul principio o nelle sindromi fruste possono essere assenti i sintomi capitali e l'affezione decorrere latente.

Necessario, al minimo sospetto, è ricorrere all'esame dell'urina con la ricerca dell'acidità esagerata, della presenza d'acetone, d'acido diacetico, d'acido β-ossibutirico, dell'ammoniaca, degli amino-acidi in eccesso.

a) Le urine sono intensamente acide, e non basta talora l'ingestione di bicarbonato ad alte dosi per diminuirne l'acidità.

b) L'*acetonuria* (rilevabile con la reazione di Lieben dello iodio: formazione di iodoformio) deve giungere a cifre di 1 gr. e più perchè assuma un significato clinico d'una certa importanza; l'acetone anche nell'urina normale esiste alla dose di qualche centigrammo, e in molte malattie senza che si possa parlare di acidosi si eleva fino a 0.30 e 0.50.

Il dosaggio quantitativo si fa col metodo di Messinger, ma Mauban ha indicato un espediente che permette non solo di riconoscere l'acetone ma d'apprezzarne la quantità approssimativa.

A 10 cmc. d'urina si aggiungono 3-4 cmc. di idrato sodico soluzione 10 %, si agita, si filtra; al filtrato, messo in un tubo da saggio, si aggiunge goccia a goccia una soluzione iodoiodurata (liq. di Graam); al limite tra i due liquidi si forma un anello di iodoformio più o meno spesso a seconda della quantità di acetone contenuta nell'urina; perchè l'anello compaia è necessario che sia presente almeno il 0.50 d'acetone.

c) Con la reazione di Gerhardt o con quella di Legal si rivela presenza d'acido diacetico, ma la reazione di Legal avviene, sebbene meno intensa, anche in presenza d'acetone, essa è quindi meno specifica di quella di Gerhardt, ma questa è assai meno sensibile.

La constatazione di acido diacetico nelle urine è l'elemento più importante per le diagnosi di acidosi; talora però nelle urine la quantità è assai scarsa, ed inoltre non possediamo dei metodi quantitativi: per il primo inconveniente non non va trascurata la ricerca dell'ac. diacetico nel liquido cefalorachidiano, in cui talora si trova più abbondante che nell'urina, per il secondo purtroppo bisogna affidarsi all'intensità delle reazioni di Legal e di Gerhardt.

d) L'acido β-ossibutirico non è un componente delle urine normali. La sua ricerca e la determinazione quantitativa giornaliera sarebbe un ottimo rivelatore, ma i metodi proposti sono delicati, soggetti a numerose cause d'errore, lontani dalle applicazioni alla pratica corrente.

e) Facile è il dosaggio dell'ammoniaca totale dell'urina (procedimento al formolo di Sörensen-Ronchèse): l'ammoniuria che sempre aumenta

nel coma diabetico è, in una certa misura, l'espressione dell'intossicazione acida, poichè essa è in rapporto con l'eliminazione degli acidi diacetico ed ossibutirico.

f) Aminoaciduria. Gli AA. hanno applicato allo studio delle urine diabetiche il metodo di ricerca degli amino-acidi consistente nel determinare il rapporto tra l'ammoniaca totale (Sörensen-Ronchèse) e i sali ammoniacali col metodo Folin.

Essi hanno dimostrato che una parte importante dell'azoto titolato col formolo denominato azoto ammoniacale è rappresentato in questi malati da azoto aminico. Hanno trovato dosi che vanno da 3 a 4 gr. al giorno di azoto aminico L'aminoaciduria diviene quindi un sintoma d'acidosi; ma essa non è specifica e può trovarsi negli epatici che non hanno altri segni di acidosi. Gli AA. riconoscono che col metodo di Sörensen da loro scelto, non solo l'azoto ammoniacale è misurato, ma anche una parte di polipeptidi a piccole molecole (dipeptidi Morel); ma credono che se l'obbiezione diminuisce alla ricerca il valore chimico assoluto, non toglie nulla alla ricerca clinica: infatti i polipeptidi non sono che raggruppamenti più o meno complessi d'acidi aminici che non sono stati ancora disaggregati, essi sono quindi dei veri precursori immediati degli amino-acidi. La loro presenza come l'eccesso di amino-acidi indica un metabolismo imperfetto nel ricambio albuminoideo.

g) L'alimentazione influenza l'ammoniuria e l'aminoaciduria, quindi le cifre azoto ammoniacale e azoto aminico vanno comparate con le cifre azoto totale. Il rapporto $\frac{\text{az. ammoniacale}}{\text{az. totale}}$ raggiunge in media 5-6 % allo stato normale; il rapporto $\frac{\text{azoto aminico}}{\text{azoto totale}}$ raggiunge 0.5-3%. Tali rapporti si elevano fortemente nel decorso dell'acidosi e possono raggiungere valori fino al 10-25 % il primo, 15-20 % il secondo.

L'alterazione di questi rapporti indica un metabolismo imperfetto delle sostanze albuminoidee e rispettivamente una insufficiente funzione epatica. Il disturbo nel metabolismo azotato è però assai più frequente che non quello del metabolismo dei grassi; quello può far presagire questo, ma non ne implica la comparsa quale conseguenza, vi sono cioè insufficienze epatiche gravi senza acidosi; è necessario quindi, pur dando il dovuto valore alla aminoaciduria, tenerla distinta dalle acidosi.

T. PONTANO.

CHIRURGIA.

Chirurgia della sterilità.

(FERD. AD. KEHRER. *Münch. Med. Wochenschr.*).

L'A., dopo aver ricordato i lavori del Sims e di Döderlein (*Münch. mediz. Wochenschr.*, n. 20) dice che già prima di quest'ultimo si è occupato dell'argomento in due precedenti pubblicazioni fatte nel 1887 (vol. 2° fasc. I, e vol. 2° fasc. III della *Dottrina sulla sterilità e frequenza della sterilità nell'uomo*) dalle quali risulta che in 96 casi studiati si aveva il 55 % di polizoospermia, il 31.21 % di azoospermia, l'11.45 % di oligospermia, ed il 3.12 % di impotenza.

Ricordando poi come la fecondazione dipenda dall'incontro delle uova con gli spermatozoi, che in gran numero si maturano nelle ovaie e nei testicoli; e che quest'incontro è facilitato dai movimenti delle ciglia che si riscontrano nei supremi organi genitali femminili e che dànno una direzione alla corrente di muco che trascina l'uovo; e che oltre ai movimenti propri degli spermatozoi dobbiamo dar valore alla forza della eiaculazione ed allo stato della parete dell'uretra, così distingue le *cause della sterilità*:

1. Casi di mancata fuoriuscita delle cellule germinative dalle relative ghiandole: anovulia, amenorrea ed azoospermia.

Per le uova il fatto può dipendere da primitiva aplasia o da infantilismo delle ovaia, che sono allora allungate, nastriformi, e prive di grossi follicoli: non si palpano con la esplorazione bimanuale. E lo stesso accade nell'uomo i cui testicoli restano come nel bambino

L'A. è contrario al trapianto di testicoli ed ovaia normali in individui che ne difettino, sembrandogli una frode e potendo dar luogo a contestazioni legali il figlio nato da ovaia o testicoli presi, diciamo così, in prestito, dai genitori.

2. Casi nei quali i germi della fecondazione sono trattenuti nelle ghiandole. Così nei cistomi ovarici e nelle stenosi dei deferenti.

Nel primo caso si può talora fare una parziale ovariectomia, lasciando la parte sana; ma nel caso di azoospermia da stenosi dei deferenti nulla può farsi.

3. Casi d'impedimento all'entrata dell'uovo nella fimbria.

Ciò che può dipendere:

a) da mancato sviluppo delle ciglia:

b) da essudati od aderenze peritoneali, che riunendo le fimbrie in una specie di clava ne ostruiscono la comunicazione con il peritoneo. In questi casi se, passato il periodo acuto del male un massaggio locale non ha avuto successo, si può ricorrere alla tubostomia, che l'A. vorrebbe meglio chiamare *salpingotresia* (da τιτρώ).

Il metodo già in uso, consiste nel tirar fuori la deformata estremità della tuba, fenderla, afferrar la mucosa e fissarla all'esterno con una serie accurata di piccoli punti di catgut.

4. Stenosi della bocca dell'utero e della vagina. Nel primo caso possono solo giovare profonde incisioni (E le plastiche? *N. del trad.*); mentre nel secondo abbiamo in nostro potere, oltre alla discissione, la laminaria ed il Bossi.

5. Catarro uterino, nel quale coinvolto può venire espulso l'uovo; o forte catarro della cervice, che impedisca l'ingresso agli spermatozoi.

In questi casi l'A. consiglia l'introduzione della sua canula uterina (vendibile in Heidelberg da Stoe), di ebanite, conica, lunga 5 centimetri, che misura all'esterno 5 millimetri alla punta e 4 alla base, ed ha un lume di 3 mm.; ed ha inoltre all'orlo presso la base un foro, attraverso il quale prima d'introdurre la canula si immette un'ansa di filo i cui capi si torcono e si avvolgono sull'orlo della canula. La canula s'introduce o prima o subito dopo i mestrui, e si lascia in posto alcuni giorni, durante i quali si consiglia una certa frequenza negli amplessi.

A facilitare l'ingresso dello sperma nell'utero, deve la donna giacere dopo il coito supina, col bacino rialzato.

La canula può anche servire a raccogliere il secreto uterino a scopo diagnostico.

L'A. chiama questo metodo della « canalizzazione dell'utero ».

6. Mancato arrivo dello sperma nella cervice; ciò che dipende o da eiaculazione precoce, o da alti gradi si stenosi vaginale o da vaginismo, di ipo- ed epispadia, d'ermafroditismo maschile.

In questi casi si può ricorrere al coito *specularis* od al coito *condomatosus*. Dal primo l'A, ebbe già ottimi risultati (Vol. II, fasc. 1°, pag. 84, caso 15°). Il secondo consiste nel mettere un *condom* prima del coito. Quando è pieno si lascia buon tempo in vagina per dare agli spermatozoi modo di emigrare.

7. Regurgito dello sperma dalla vagina, che in analogia a quanto si osserva negli animali, potrebbe combattersi in due modi:

a) con un apparecchio, diciamo così, ad uncino, nell'organo genitale esterno maschile, che afferri la vulva e vi rimanga a contatto per un certo tempo, come accade in molti insetti;

b) con l'ostruzione della vagina mediante un tenace tappo di mucco (delfini), e per la forte erezione del corpo cavernoso dell'uretra (cani).

In pratica medica si può consigliare l'avvicinamento delle grandi labbra dopo in coito.

8. Mali costituzionali, quali la lues, la tubercolosi, la lepra, il cancro, l'anemia perniciosa, la leucemia, ecc. nei quali operano microbi vari, le cui tossine od enzimi, agiscono contro le cellule germinative o contro l'uovo in modo da danneggiare la fecondazione o l'embrione. Si pensi in questi casi se non convenga rispettare l'andamento della natura, che vuole un matrimonio infecondo quasi ad impedire che si generino esseri deboli, che per tutta la vita avranno il peso del male ereditato. È miglior cosa allora ricorrere, ai metodi antifecondativi!

L'A. conclude dicendo che la cura chirurgica della sterilità deve solo mirare ad accoppiare l'ovulo proprio d'una donna infeconda con lo spermatozoo proprio del suo uomo; e che se nella sua memoria c'è un po' di « futurismo », si deve anche concedere che senza un certo spirito d'innovazione non v'ha progresso. SCELBA.

OSTETRICIA.

Le flebiti puerperali e loro trattamento.

(COUVELAIRE. *Journ. des praticiens*, n. 6, 1913).

Pur ammettendo la possibilità di predisposizioni ereditarie o individuali, l'A. accetta però l'infezione come sola causa dimostrata delle flebiti puerperali, di cui la forma abituale è data dalla *phlegmasia alba dolens*.

I sintomi di questa e la sua evoluzione sono ben conosciuti da tutti; d'ordinario 30 giorni dopo l'ultima elevazione termica, si può essere sicuri che la flebite è guarita, e che non è più da temersi recrudescenza alcuna. Però non vi è forse malattia i cui postumi siano più frequenti, come nella flegmasia, malgrado che una cura più appropriata li abbia fatti molto diminuire.

Si possono avere come postumi *edemi tenaci, nevralgie ribelli, atrofie muscolari, atteggiamenti viziosi della gamba*, che possono arrivare fino al grado di *anchilosi*. A questi ultimi gradi non si si deve più arrivare al giorno d'oggi, poichè essi sono il frutto di immobilizzazioni esagerate e troppo prolungate.

Praticamente si affaccia una questione importante, se cioè sia da temersi una nuova flegmasia in una donna secondipara, che soffrì di essa al suo primo parto. Evidentemente no, poichè nel primo parto sono molto più facili le abrasioni e le lacerazioni vulvo-vaginali, e la lunghezza del travaglio è molto maggiore, che non nei parti successivi.

Per il trattamento occorre anzitutto aver presente che è da temersi una flegmasia ogni volta che si abbia, prima del quindicesimo giorno di puerperio, elevazione termica o accelerazione del polso, occorre allora che la puerpera non si alzi, e che non si metta a sedere sul letto in modo brusco. Accertata la diagnosi, l'ideale sarebbe di mettere la malata in un letto meccanico, ma ciò non è sempre possibile. L'essenziale è di immobilizzare l'arto in buona posizione, d'impedire che l'arto si collochi, come succede spesso se non è vigilato, in posizione di flessione della coscia sul bacino, della gamba sulla coscia, e di estensione del piede.

Non occorre ricorrere alla doccia metallica, vero strumento di tortura, ma sarà sufficiente collocare dei cuscini in modo che l'arto, in estensione, sia un poco più sollevato all'estremità che non alla radice della coscia; il piede deve completamente debordare dal cuscino e sarà mantenuto ad angolo retto con una piccola cassetta di legno, convenientemente disposta, in modo cioè che vi si appoggi la pianta del piede stesso.

I dolori possono essere sopportabili, ma talora sono invece molto intensi; in questo caso si farà un impacco, a tutta la gamba, con soluzione satura di cloridrato d'ammoniaca, ricoperto di guttaperca laminata; In capo a due o tre giorni si produrrà una specie di vescicazione della pelle, talvolta qualche vescichetta può divenir purulenta; si sopprime allora l'impacco, spolverando la gamba con talco o altra polvere inerte. Se anche con questo mezzo i dolori restano molto forti si praticherà la sera una iniezione di mezzo centigrammo di morfina, sostituendola dopo due o tre giorni con una pozione calmante.

Riguardo all'alimentazione, la migliore è la dieta lattea mista a vegetali e frutta.

Allorchè dopo tre o quattro settimane polso e temperatura siano ritornati alla norma, si può iniziare la mobilizzazione dell'arto; deve essere passiva e non si praticherà massaggio.

Si inizierà la mobilizzazione delle articolazioni delle dita del piede e del piede stesso, per arrivare gradatamente in un paio di settimane alla flessione del ginocchio e dell'anca, e far sedere la malata sul bordo del letto, con le gambe penzoloni. Un leggero edema ricomparirà.

Verso la sesta settimana si potrà cominciare un dolce e superficiale massaggio, aumentando gradatamente ed evitando le regioni dei grossi vasi.

Se possibile, è da consigliarsi in seguito una cura termale.

FLEBITI UTERO-PELVI-ADDOMINALI CON LIEVI SINTOMI D'INFEZIONE.

Se è facile diagnosticare l'obliterazione dei grossi vasi di un arto, altrettanto le flebiti utero-pelviche restano nascoste.

L'A. nega come sintomo, il dolore al bordo uterino ammesso da alcuni autori. Anche il meteorismo addominale doloroso non è sicuro poichè può aversi anche senza la più lieve flebite.

Un sintomo veramente patognomonico è dato dalla palpazione di un cordone doloroso a lato dell'utero: è da notarsi però che la ricerca di questo sintomo può essere dannosissima; sfiorando la parete ipogastrica, come alcuni consigliano, nulla si percepisce, mentre una palpazione più profonda può provocare una embolia mortale.

Infatti è quasi impossibile porre le diagnosi con i segni fisici. Su 19 casi diagnosticati alla Maternità e dei quali fu praticata l'autopsia, sei solamente furono confermati.

Non resta quindi che lo studio attento delle reazioni generali che sono caratteristiche dell'infezione. Raro è che non si riscontri discordanza notevole fra la temperatura e il polso. D'altra parte il salire del polso a sbalzi, sintomo descritto da Mahler, permette nel 60 % dei casi di porre la diagnosi di trombosi, e ove questa non si manifesti in uno degli arti inferiori, è giusto collocarla nella pelvi. Quando non si riscontra il segno di Mahler, è di estrema difficoltà riconoscere l'esistenza di una flebite utero-pelvica.

Nella pratica però è sufficiente solamente sospettare una trombosi utero-pelvica per far adottare le precauzioni più minute.

Talvolta queste flebiti possono decorrere e guarire completamente, senza che nulla all'esterno abbia tradito la loro presenza; tal'altra si manifestano con una semplice flegmasia che compare in secondo tempo, spesso alla ricomparsa delle regole. Se quindi durante il puerperio si è osservato qualche segno, anche molto fugace, che abbia fatto pensare a una trombosi, bisogna attendere la comparsa del capo parto per far alzare la puerpera.

L'A. cita una osservazione propria, nella quale, la *flegmasia alba dolens* insorse, al ritorno delle regole, sette settimane dopo il parto; egli dovette molto penare per tenere in letto la puerpera tutto questo tempo, ma se la donna si fosse alzata una embolia sarebbe stata fatale.

La cura delle flebiti utero-pelviche si riduce all'immobilizzazione.

FLEBITI CON SINTOMI GRAVI D'INFEZIONE.

La trombosi passa in seconda linea, e l'infezione è il fenomeno dominante. Se ne distinguono tre forme cliniche: setticemia venosa pura e semplice, forma tifoide e forma prolungata.

Setticemia venosa. — Circa al terzo giorno di puerperio si osserva un brusco rialzo di temperatura che arriva a 40°, e con lievi oscillazioni si mantiene a quell'altezza. L'esito letale avviene all'ottavo giorno al massimo e all'autopsia nulla si riscontra a carico dell'utero. La terapia è assolutamente disarmata contro queste infezioni acutissime.

Forma tifoide. — Il quadro clinico somiglia assolutamente a quello di una febbre tifoide, in modo che, talvolta, solamente la siero-diagnosi tronca ogni dubbio. Il decorso è di circa tre settimane; la morte è frequentissima.

Forma prolungata. — A puerperio inoltrato, si hanno, precedute da violenti brividi, delle forti oscillazioni di temperatura. Questo stato di cose si prolunga talvolta due o tre mesi. Un quarto circa delle malate guariscono senza avere localizzazioni, che invece si riscontrano negli altri tre quarti delle malate con vari incidenti; flebiti degli arti superiori o inferiori, della vena oftalmica, artriti purulente, pleuriti purulente, bronco-polmoniti settiche. La morte si verifica in metà di questi casi e all'autopsia si trovano nelle vene dei coaguli contenenti pus.

TRATTAMENTO DELLE FLEBITI CON INFEZIONE GRAVE.

La terapia si divide: in patogenetica, che ha di mira la distruzione dello streptococco e che sarebbe la migliore se la sieroterapia antistreptococcica si mostrasse sempre ugualmente efficace — medica, per lo stato generale dell'inferma — e chirurgica.

Sieroterapia. — Se il siero antidifterico ha dato dei risultati veramente meravigliosi, altrettanto non si può dire del siero antistreptococcico, che ha dato ottimi risultati negli animali, ma nella donna si è dimostrato di efficacia molto incerta, specialmente nelle setticemie acutissime, e nelle forme pioemiche, nelle quali gli effetti sono stati quasi negativi. Talvolta però si sono riscontrati notevoli miglioramenti, e anche qualche rarissimo caso di rapida guarigione.

Pinard insiste sul fatto ehe bisogna somministrare il siero a forti dosi (80 centimetri cubici per tre giorni consecutivi, e in caso di scarso effetto riprendere le stesse dosi dopo quattro o cinque giorni). Con il siero dell'Istituto Pasteur, non si hanno a temere seri inconvenienti, al massimo, nella settimana successiva alle iniezioni, si manifestano delle eruzioni cutanee polimorfe, più o meno generalizzate, con prurito, e qualche fenomeno doloroso consistente in mialgie o artralgie. Il siero antistreptococcico è un aiuto potente della fagocitosi e merita di essere conservato nella terapia delle forme gravi di flebite.

Terapia medica. — La medicazione antisettica generale ha riguadagnato terreno. Le iniezioni endovenose di sali di mercurio hanno dato dei buoni risultati, però possono anche dar luogo a gravissimi incidenti, tanto che l'A. consiglia estrema prudenza nel loro uso. Per quanto riguarda il collargolo e l'electrargolo, se usati per iniezioni intramuscolari hanno dato risultati mediocri, hanno invece talora avuto un'azione portentosa, se usati per via endovenosa, troncando la febbre in modo brusco e definitivo. Però Bonnain e Jeannin, avendo notato che in seguito a iniezioni endovenose di questi preparati, si sono verificate spesso emorragie gravi utero-pelviche, ne hanno abbandonato l'uso, esempio che è stato seguito anche dall'A. dopo lunga esperienza.

Gli ascessi di fissazione del Fochier, dopo un periodo di entusiasmo, sono pure stati abbandonati.

Avendo riguardo alla fagocitosi è naturale che si cerchi di esaltarla, col mezzo di medicamenti innocui, e, a questo riguardo, si potrà avere grandissimo benefizio dalle iniezioni di nucleinato di sodio, alla dose di 5 cmc.

A ciò deve aggiungersi una terapia igienica, favorendo le funzioni cutanee, intestinali e renali; e perciò igiene della bocca, alimentazione latteo-vegetale, e un po' di alcool, che, nella specie, è un ottimo alimento e medicamento. Si praticheranno frizioni sulla pelle, si somministrerà aspirina a piccole dosi con bevande calde, per favorire la diaforesi. Si potrà pensare che questa sia vecchia medicina, ma, per quanto vecchia, è ancora eccellente. Qualora poi la febbre sia molto alta e la lingua secca, gli impacchi freddi renderanno utilissimi servigi.

Trattamento chirurgico. — La chirurgia delle flebiti puerperali è di data affatto recente, e il suo studio appare fatto in modo alquanto disordinato.

Dapprima si praticò l'isterectomia, ma con risultati tali che venne immediatamente abbandonata.

Si intervenne allora con l'ablazione dei tronchi venosi trombizzati, considerandoli come focolaio permanente di colonizzazione microbica; ma anche l'escissione non dette che scarsi risultati, come pure la legatura pura e semplice della vena.

Circa quest'ultima Vanverts riferisce di 82 casi dei quali 49 ebbero esito letale, e 33 vennero a guarigione. Quest'ultimo esito si ottenne quando la legatura fu praticata tardivamente, alla terza o quarta settimana, cioè in casi che con grande probabilità sarebbero guariti spontaneamente, avuto anche riguardo che, in questi casi di esito favorevole, le trombosi erano molto limitate.

Inoltre, si è osservato a carico della escissione o della legatura delle vene, e in seguito a questo intervento, il sopraggiungere di peritoniti generalizzate, dovute indubbiamente a inoculazione del focolaio settico venoso. Ed infine, dopo gli interventi locali con apparente esito favorevole, non è rara la formazione di nuovi focolai settici a distanza (pleuriti purulente).

Concludendo, al momento attuale non è possibile di dare, in modo razionale, le indicazioni per il trattamento chirurgico delle flebiti puerperali.

F. BAFFONI-LUCIANI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

II PADIGLIONE DEL POLICLINICO UMBERTO I
diretto dal prof. TITO FERRETTI.

Sui risultati della terapia chirurgica dell' ulcera dello stomaco

per il dott. P. FILADORO.

L'ulcera gastrica, malattia cronica che con la cura medica spesso migliora e qualche volta guarisce, richiede frequentemente l'intervento chirurgico. Talora questo è diretto contro la malattia in sè stessa, talora contro le complicanze dell' ulcera (emorragia, perforazione), talora contro le sue conseguenze (stenosi). L'intervento chirurgico riscuote l'universale approvazione quando è diretto a combattere i disturbi meccanici creati dall' ulcera oppure quando mira a combattere i disturbi perforativi, e mentre sono discordi i pareri per quanto riguarda soltanto l' indicazione e la tecnica dell'intervento nell'emorragia, per la cura chirurgica dell'ulcera in sè stessa le opinioni ancora sono incerte.

Ciò si comprende facilmente perchè ancora l'eziologia e la patogenesi dell' ulcera gastrica non sono ben note e quindi le indicazioni chirurgiche sono diverse.

Infatti molte ulceri gastriche guariscono con la sola cura dietica o medicamentosa, altre invece guariscono con l' intervento chirurgico, altre invece non guariscono nemmeno dopo questo.

Gl'interventi chirurgici vanno distinti in alcuni diretti a escidere la porzione dello stomaco sede dell'ulcera (escissione semplice dell' ulcera, resezione circolare dello stomaco) e in altre che tendono a modificare le condizioni motorie o chimiche dello stomaco (gastro-enterostomia, piloroplastica).

L'operazione alla quale i chirurgi hanno dato la preferenza è la gastro-enterostomia: le ragioni di questa preferenza sono dipendenti in primo dal fatto che il creare un'ampia e nea via di scarico allo stomaco mette generalmente in riposo il piloro, in secondo perchè la gastro-enterostomia è un'operazione facilmente eseguibile e per sè non tanto pericolosa.

Benchè la maggioranza dei chirurgi siano favorevoli alla gastro-enterostomia, nelle ulceri gastriche ribelli alla cura medica, e benchè l'ultimo Congresso chirurgico si sia manifestato favorevole a questo intervento, pur tuttavia nel breve spazio di pochi mesi nel II Padiglione del Policlinico diretto dal prof. Ferretti si ebbero quattro recidive di operati di gastro-enterostomia per ulceri dello stomaco. Espongo brevemente i quattro casi con un sunto della relativa storia clinica.

CASO I. — Scheda n. 1300; R... E... di anni 21. L'inferma fece ingresso all' ospedale il 28 febbraio 1908.

Riferisce di soffrire da circa 6 mesi di disturbi gastrici; dolore all'epigastrio piuttosto vivo dopo l'ingestione dei cibi; ha avuto qualche volta vomito, ed in questi ultimi tempi anche ematemesi. All'esame obbiettivo si nota: condizioni generali discrete, dolorabilità alla pressione e alla palpazione in corrispondenza dell'epigastrio.

L'*esame* del succo gastrico denota assenza di acido battico, abbondanza di acido cloridrico.

Atto operativo (prof. Ferretti) 2 marzo 1908.

Anastesia stovainica (0.09) previa iniezione di un mmgr. di scopolamina e di un cgr. di morfina. Laparotomia mediana xifo-ombelicale, aperto il peritoneo si esamina lo stomaco dove esiste una stenosi fibrosa del piloro.

Si pratica la gastro-enterostomia posteriore alla Von Hacker; si richiude l'addome; *sutura* dei piani profondi in catgut, cute in seta e grappette. Guarigione per prima.

Il 4 aprile 1908 viene dimessa guarita dall'ospedale non presentando più alcun disturbo gastrico.

Scheda n. 1660. — La medesima inferma fa ritorno all'ospedale il 3 febbraio 1909.

Riferisce di essere stata bene per parecchi mesi dalla data dell'operazione; però da circa un mese sono ricomparsi i medesimi disturbi all'epigastrio, senso di peso, e dolori dopo i pasti, senso di acidità in gola, stipsi, ecc.

Durante la degenza all'ospedale i dolori addominali sono stati sempre presenti, e si accentuavano alla sera dopo i pasti.

L'esame del succo gastrico dimostra abbondanza di acido cloridrico, e assenza di acido lattico.

Atto operativo (prof. Ferretti) 19 febbraio 1909. Rachiostovainizzazione positiva (0.07), laparotomia mediana xifo-ombelicale, esplorazione dello stomaco e dell'anastomosi fatta in precedenza che riesce negativo per ciò che riguarda la presenza di un'ulcera.

Liberazione di alcune aderenze intorno all'ansa del neopiloro, sutura delle pareti addominali a tre piani, guarigione per prima.

L'inferma il 9 marzo 1909 è dimessa guarita non presentando più disturbi gastrici. Ma questo stato è durato pochissimo perchè da ulteriori notizie, che ci pervengono continuamente da parte dell'inferma, sappiamo che ben presto le sofferenze a carico dello stomaco sono riapparse, anzi di giorno in giorno si vanno acuendo maggiormente con i medesimi caratteri di prima.

CASO II. — Scheda n. 3628: B... T..., di anni 30, fa ingresso all'ospedale il 10 gennaio 1912.

L'inferma racconta di aver avuto da qualche tempo disturbi gastrici: senso d'acidità in gola, dolori all'epigastrio; da pochi giorni ha avuto melena ed ematemesi gravi. Giunge all'ospedale in collasso e viene ricoverata al II padiglione.

Si migliorano le condizioni generali con iniezioni di ferro e di arsenico, si arresta l'emorragia con la somministrazione di cloruro di calce, clisteri gelatinati, col riposo, colla dieta esclusivamente lattea.

Il 27 gennaio 1912 l'inferma viene operata (professor Ferretti).

Rachiostovainizzazione positiva (0.07) integrata dalla narcosi cloroformica (5 gm.). Laparotomia xifo-ombellicale: aperto il peritoneo non si riscontra in nessun punto dello stomaco indurimento nè traccia di ulcera in atto; data però la precisione dei sintomi riscontrati nell'inferma si ricorre alla gastro-enterostomia posteriore verticale all'americana (Mayo).

Aperta la cavità gastrica, la mucosa si presenta iperemica di colorito rosso oscuro tendente al cianotico, diffusa di numerosissime e piccolissime erosioni.

Fatta la gastro-enterostomia si procede alla chiusura dell'addome suturando i piani profondi in catgut, la cute seta e grappette. Guarigione per prima.

L'inferma viene dimessa dall'ospedale il 18 febbraio 1912 in buone condizioni generali, guarita da disturbi gastrici.

Scheda n. 3914. — L'inferma nell'ottobre 1912 ricorre di nuovo all'ottavo padiglione del Policlinico e da questo viene trasferita il 6 novembre al II padiglione.

L'inferma racconta di essere stata bene fino all'agosto 1912, epoca in cui cominciò ad accusare dolori all'epigastrio, specie dopo l'ingestione dei cibi, vomiti, qualche volta ebbe anche melena.

Durante la degenza nell'ospedale questa sintomatologia fu inalterata!

L'ammalata si lamentava continuamente di dolori all'epigastrio specie mezz'ora, un'ora dopo l'ingestione dei cibi. All'esame obbiettivo condizioni generali deperite, dolori alla pressione ed alla palpazione della regione epigastrica.

L'esame del succo gastrico rileva abbondanza di acido cloridrico ed assenza di acido lattico.

Il 15 novembre, l'inferma viene dimessa dall'ospedale non volendo sottoporsi a novello atto operativo, migliorata nelle condizioni generali e gastriche, per le cure adeguate ricevute.

Sebbene in questo caso, non si sia potuto con l'atto operativo assicurare sulle condizioni dello stomaco, pur turtavia la sintomatologia parla evidentemente per una recidiva dell'ulcera pregressa.

CASO III. — Scheda n. 3568: A... C..., domestico, entrato nell'ospedale il 20 gennaio 1912.

L'infermo racconta di aver avuto circa sei mesi or sono un abbandante ematemesi, per cui venne ricoverato nella regia Clinica medica di Roma da dove con le adatte cure usci apparentemente guarito.

Da otto giorni ha ricominciato ad avere qualche dolenzia alla regione epigastrica che si mutava in dolore piuttosto vivo 2 o 3 ore dopo l'ingestione dei cibi.

In questi ultimi giorni ha notato feci di colorito nerastro quasi piceo; sei giorni prima dall'ingresso all'ospedale fu colto da abbondante ematemesi.

All'esame obbiettivo non si rivela altro che dolorabilità alla pressione della regione epigastrica, condizioni generali depresse, cute e mucose visibili pallide.

Durante la permanenza nel nostro reparto l'infermo ha avuto altra ematemesi, fu curato convenientemente col riposo a letto, vescica di ghiaccio all'epigastrio, emostatici ed oppiacei.

Fu praticata anche qualche ipodermoclisi.

Il 1° febbraio 1912 fu operato (prof. Ferretti). Rachiostovainizzazione positiva (0.75) integrata dalla narcosi cloroformica.

Incisione xifo-ombellicale.

Aperto il peritoneo si trova lo stomaco ingrandito con retrazione cicatriziale di consistenza dura verso la piccola curvatura.

Si pratica quindi la gastro-entorostomia posteriore, transmesocolica alla von Hacker. Si suturano le pareti con catgut per i piani profondi, seta e grappette per la cute. Guarigione per prima.

L'infermo viene dimesso dall' ospedale il 14 marzo 1912 perfettamente guarito dai disturbi gastrici, assai migliorato nelle condizioni generali.

Scheda 4013 (III padiglione).

L'infermo surriferito il 6 giugno 1912 veniva di nuovo di urgenza ricoverato al Policlinico, III padiglione.

Racconta di essere stato sempre bene dacchè era stato dimesso doll'ospedale: non aveva avuto più ematemesi, non più disturbi gastrici.

Il giorno prima dell'ingresso all'ospedale l'ammalato dice di essere stato preso improvvisamente da fiero dolore addominale, determinandosi in breve il quadro di una peritonite diffusa.

L'infermo fu operato il medesimo giorno d'urgenza (dott. Pulvirenti). Narcosi cloroformica. Laparotomia mediana. Inciso il peritoneo si sprigiona con violenza una discreta quantità di liquido leggermente purulento libero. Al cardias si scopre un'ulcerazione dalla quale viene fuori del chimo; lo stomaco è ingombro di una grande quantità di grumi sanguigni.

Si sutura l'ulcerazione e si tampona la breccia laparotomica.

L'infermo, a distanza di ventiquatt'ore dall'atto operativo, muore con fenomeni di collasso.

CASO IV. — Scheda 4327 (II padiglione). M... S..., di anni 55, entrato nell'ospedale il 7 gennaio 1913.

L'ammalato racconta di non aver avuto mai malattie degne di nota.

Circa 6 anni or sono cominciò ad accusare dolori all'epigastrio, specie dopo l'ingestione di cibi solidi, vomito, acidità in gola, ecc.

Per tale affezione gastrica sei anni or sono fu ricoverato all'ospedale di Santo Spirito ove subì un atto operativo dal prof. Montenovesi, che l'infermo non sa bene precisare. I disturbi gastrici dopo l'operazione migliorarono ma ben presto ritornarono, ed in questi ultimi tempi il dolore all'epigastrio è diventato sempre più vivo, tanto che da 15 giorni è stato costretto a cibarsi di solo latte. Il 15 gennaio ha avuto due abbondanti ematemesi, l'11 di gennaio pare una melena, e perciò l'infermo ricorre alle nostre cure.

All'esame obbiettivo condizioni generali deperite, cute e mucose visibili pallide, dolore all'epigastrio alla palpazione ed alla pressione.

L'esame del succo gastrico rivela tracce d'acido cloridico ed assenza di acido lattico.

Atto operativo 28 gennaio 1913 (prof. Ferretti). Rachicanestesia stovainica positiva (0.07). Laparotomia mediana xifo-ombelicale, escissione della cicatrice pregressa.

Aperto il peritoneo si trova che era stata fatta precedentemente una gastro-enterostomia ad Y (processo Roux).

Ma l'imbocco del capo distale, ossia quello che era stato innestato allo stomaco era perfettamente cicatrizzato ed ostruito, di modo che non vi restava il più piccolo lume utilizzabile. Il cibo passava completamente per l'antico piloro.

Sia per le difficili condizioni di circolo, sia per la certa riproduzione dell'ulcera dimostrata in modo evidente dalle ripetute ematemesi e dalle rinnovate sofferenze dell'infermo, si credette opportuno, valendosi del tratto d'intestino attaccato allo stomaco, di praticare una nuova gastroenterostomia alla von Hacker, adattando l'ansa anzichè da sinistra a destra, al contrario, per ragioni di necessità!

Sutura delle pareti addominali in 3 strati, piani profondi in catgut; cute, seta e grappette.

Guarigione per prima; l'ammalato non si lamenta più di disturbi gastrici ed in decima giornata comincia a mangiare cibi solidi.

Dai casi surriferiti, sebbene pochi (in rapporto al numero relativamente grande di gastro-enterostomie che si eseguiscono per *ulcus ventriculi* nel nostro padiglione) si deduce che la gastroenterostomia per la cura dell'ulcera gastrica talora si mostra insufficiente per la guarigione completa e duratura di questa malattia.

Per spiegare ciò è necessario qui riportare alcune notizie eziologiche e patogenetiche, notizie che al punto degli studi attuali non sono completamente chiare e bene accertate.

Intanto sappiamo di certo che l'ulcera peptica si forma soltanto nella porzione cardiaca dell'esofago, in quella superiore del duodeno e nello stomaco stesso, ove si trova la presenza del succo acido.

Però non è solo necessario per prodursi l'iperacidità di questo, ma occorre che vi sia un'alterata nutrizione dei tessuti, sia circoscritta che che diffusa.

La cura medica nell'ulcera del ventricolo si basa sopra un'azione puramente locale, cioè sul riposo funzionale dell'organo; la cura chirurgica (piloroplastica, gastro-enterostomia) è basata anche su tale concetto, aprendo cioè una nuova e larga via al contenuto gastrico, si ottiene il riposo funzionale dell'organo e si eliminano le conseguenze di esse (stenosi del piloro, disturbi di motilità, spasmo del piloro ed anche indirettamente l'iperacidità).

Infatti moltissimi casi di ulcere gastriche guariscono con la sola e semplice gastro-enterostomia.

Questa, come dicevo precedentemente, è l'opezione di elezione in tale affezione, in quanto che la resezione della parete gastrica, sede dell'ulcera, non è sempre possibile; la pilorectomia, la piloroplastica non sono anch'esse sempre possibili se il piloro è aderente, senza contare poi che sono operazioni in massima più gravi.

Però se si hanno molti casi di guarigione di *ulcus ventriculi* con la semplice cura medica e moltissimi dopo l'intervento chirurgico certo non si deve negare che anche dopo questo vi siano dei casi di recidività.

Ciò si spiega ricordando le notizie patogenetiche su riferite. Con l'operazione il chirurgo può eliminare le conseguenze, l'esito, l'ulcera stessa, ma non può eliminare di certo talora quelle condizioni di predisposizione, di alterata nutrizione della mucosa gastrica, causa essenziale della riformazione dell'ulcera come per primo il Virchow aveva da tanto tempo intuito. Premesso ciò, ritengo che due siano le principali cause alle quali si debba attribuire la recidività dell'ulcera dopo l'intervento chirurgico.

Le prime riguardano l'atto operativo in sè stesso, le seconde le varie modificazioni chimiche del succo gastrico conseguenti all'atto operativo stesso.

Con i moderni mezzi di radioscopia, si sono sollevate oggidì delle discussioni in seguito all'avere molti autori osservato che in individui gastro-enterostomizzati il contenuto gastrico passava in prevalenza per il piloro anzichè per la nuova apertura. Numerosi furono a tale riguardo i contributi clinici e sperimentali che dal 1900 in poi portarono su tale argomento il Kelling, il Cannon, il Blake, il Delbet, il Tuffer, il Barret, il Leven, il Kaufmann, il Sappey, il Legueu, il Rieder, ecc.

Sebbene i risultati di queste numerosissime osservazioni abbiano un relativo valore, certo non possiamo affermare che il piloro negli operati di gastro-enterostomia stia in assoluto riposo.

Ciò si spiega col fatto che lo stomaco nel momento della sua massima attività tende per le speciali contrazioni delle sue fibre muscolari ad assumere una posizione quasi verticale e quindi il contenuto gastrico tende a prendere la via del piloro anzichè quella artificiale.

Si pensò allora all'esclusione del piloro, operazione ideata dall'Eiselsberg. Il Talma, ed il Doyen sono anche di quest'avviso attribuendo allo spasmo pilorico il perdurare o il riformarsi dell'ulcera. Molti chirurgi perciò si manifestarono favorevoli alla pilorectomia e, quando questa non fosse stata possibile, all'esclusione del piloro (Fano, Grossmann, Biondi, ecc.).

Però molti altri invece sono di parere contrario giacchè ritengono che l'esclusione del piloro faccia mancare l'azione riflessa esercitata dal succo pancreatico (Jonnesco). Il Delbet invece come cura dell'ulcera gastrica propose la colecisto-gastrostomia: egli sostiene che tale operazione può essere utile all'ammalato accompagnata o no dalla gastro-enterostomia fondandosi sul principio che tale intervento diminuisce l'iperacidità del succo gastrico, condizione necessaria, per la guarigione dell'ulcera.

La seconda causa necessaria affinche non si abbia la recidiva dell'ulcera è la indispensabile modificazione chimica del succo gastrico.

L'intervento chirurgico da per sè solo, come sostengono molti autori e come si è potuto anche sperimentalmente dimostrare, è capace di diminuire in modo sensibile l'iperacidità.

Il prof. Tansini riferisce che con la gastro-enterostomia constatò la scomparsa dell'iperacidità in un caso di gastro-succurrea.

Nel II Padiglione del Policlinico, in un caso operato dal prof. Ferretti, si ebbe eguale risultato.

Il Katzenstein sperimentalmente dimostrò ciò, come anche lo Schonhenim.

Essi sostengono che la diminuzione della iperacidità si deve alla presenza nel contenuto gastrico di bile e di succo pancreatico.

Come dicevo più sopra, il Delbet con la colecisto-gastrostomia si propone di ottenere queste condizioni.

Ma non sempre l'intervento chirurgico è capace di modificare il contenuto gastrico.

Il Petren Gustaw, che dispone di un materiale di 253 casi, raccolti nelle diverse città della Scandinavia, riferisce che in più della metà dei casi di ulcera gastrica, nei quali fu fatta gastro-enterostomia posteriore retrocolica, fu trovato tanto prima che dopo l'operazione quasi la medesima acidità e nessuna notevole mescolanza di bile e di succo pancreatico. Solo in un piccolo numero di casi trovò dopo l'intervento chirurgico una minore acidità e si constatò bile all'estrazione della colazione di prova.

Da quanto abbiamo esposto si deduce che sebbene nella maggiore quantità dei casi i sintomi dell'ulcera gastrica scompaiano dopo l'intervento chirurgico, pure vi sono dei casi in cui questi possono recidivare o per disturbi di motilità, come sostiene il Talma, o per alterata composizione del succo gastrico, oppure per il perdurare di quelle condizioni anatomiche e predisponenti della mucosa gastrica.

Diversi sono i risultati delle statistiche dei vari chirurgi sulla recidività degli operati di gastro-enterostomia per ulcera.

Secondo tali statistiche gli insuccessi variano dal 6 al 10%; ma questi valori sono approssimativi, quando si consideri la difficoltà che si incontra in pratica nel poter seguire tutti gli operati e per un lungo periodo di tempo.

Concludendo, in linea generale possiamo affermare che l'intervento chirurgico è prezioso nella cura dell'ulcera gastrica in sè stessa, che la gastro-enterostomia è l'operazione, quando sia fatta con perfetta tecnica, che ci dà i migliori risultati, e che infine vi sono dei casi in cui la guarigione dopo l'atto operativo non può dirsi assoluta.

Nella recidiva dell'ulcera gastrica è doveroso sottoporre l'infermo a novella laparotomia, per accertare *de visu* le condizioni difettose dello stomaco e potere quindi ricorrere ai successivi interventi, che spesso portano alla guarigione definitiva.

Dei quattro nostri casi, se si eccettua il caso terzo, in cui l'infermo morì per la peritonite da perforazione dello stomaco, sopravvenuta prima dell'ingresso all'ospedale, ed il caso secondo, in cui l'ammalata si rifiutò di sottoporsi a novello atto operativo, gli altri due trassero giovamento dalla successiva operazione.

Nel caso quarto bastò praticare una nuova gastro-enterostomia, giacchè la bocca digiunale era completamente ostruita da una spessa cica-

trice, per ottenere un ottimo risultato e nel caso primo bastò liberare l'ansa digiunale dalle molteplici aderenze, che difficoltavano il passaggio del contenuto gastrico, per avere la scomparsa dei disturbi gastrici.

Però, in quest'ultimo caso la guarigione non fu duratura.

BIBLIOGRAFIA.

HAMMERFAHR. A. *Resektion oder Gastro-enterostomie beim pylorusfernen Ulcus ventriculi.* Arch. f. Klin. Chir., Bd. 98, S. 428.

PIERI. *Valeur thérapeutique de la gastro-entérostomie.* Soc. de Chir. de Marseille, 16 novembre 1911.

RIEDEL. *Das Verhalten von 18 wegen Ulcus curvaturae minoris mit Entfernung des mittleren Teiles des Magens behandelten Kranken.* Arch. f. klin. Chir., Bd. 28, S. 783.

EWALD. *Chirurgische Beobachtungen und Erfahrungen aus dem Jahre* 1902-1908. Vien. klin. Woch., 1910, 37-38.

DELBET. *L'avenir des gastro-entérostomisés.* Paris médic., 27, 1911.

PETREN GUSTAV. *Studien über die Ergebnisse der Chirurgischen Behandlung des Magen und Duodenale-Geschwürs mit ihren nicht akuten Komplikationen.* Beitr. z. klin. Chir., Bd. 76, S. 305.

IWEIS WALTER. *Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des nicht pylorischen Ulcus ventriculi.* Med. Klin. 38.

LEUBE. *Ueber die Erfolge der internen Behandlung des peptischen Magengeschwürs und die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen in dieselbe.* Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1897, Bd. 2, S. 1.

KOCHER. *Die Magenchirurgie bei Carcinom und bei Ulcus simplex.* Corrispondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1892, S. 110.

HARTMANN et SOUPAULT. *Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie.* Revue de Chir., 1899, S. 137.

TANSINI. *L'odierna chirurgia gastro-intestinale.* Riforma medica, 1912, n. 51.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia delle scienze mediche di Palermo.

Seduta del 28 giugno 1913.

Presidenza prof. **Mannino.**

Prof. **Fausto Orestano.** *Due esclusioni del piloro col metodo Parlavecchio.* — Comunica due casi di individui affetti da ulcera gastrica nei quali, come sussidio della gastroenterostomia, praticò l'esclusione del piloro col metodo Parlavecchio. Nel 1° caso (donna di 25 anni che era stata già operata due volte di semplice gastroenterostomia col bottone senza alcun vantaggio), alla gastroenterostomia, eseguita colle suture, fu aggiunta dall'O. la esclusione del piloro col nastro. Nel 2° caso (giovane affetto da ulcera gastrica e da gastrosuccorrea) fu praticata la gastroenterostomia posteriore (v. Haker) e la esclusione del piloro pure col nastro.

In entrambi i casi fu notevole la cessazione dei dolori dell'ulcera immediatamente dopo la operazione.

Gli effetti lontani sono stati buonissimi in entrambi, colla cessazione completa di ogni disturbo della funzione gastrica.

L'O. in un altro caso di ulcera gastrica, nel quale per precedenti manovre operative intorno al piloro e consecutive aderenze, non potè eseguire l'esclusione e dovette limitarsi alla semplice gastroenterostomia, malgrado la rapida guarigione dall'intervento, non ebbe la cessazione dei disturbi gastrici e specialmente dell'acidità.

Dall'esame completo dei due primi casi e dal loro confronto col terzo l'O. ha motivo di essere pienamente soddisfatto dell'esclusione del piloro come sussidio della gastroenterostomia nei casi di ulcera, e più specialmente della tecnica così felicemente ideata dal prof. Parlavecchio, colla quale in qualche minuto e senza far correre alcun pericolo all'infermo si ottiene una valida esclusione.

Dottori **Randis** e **Ioppolo.** *L'esclusione intestinale con laccio inorganico ed organico sovrapposti, alla Parlavecchio.* — Gli OO. esaminano i vari metodi di esclusione intestinale proposti ed eseguiti sino ad oggi e dimostrano come ad essi sia sopra tutto da imputare la lunghezza dell'atto operativo e la molteplicità delle scontinuazioni e delle suture intestinali.

Per ovviare a questi inconvenienti, e per rendere questa operazione più agevole e più rapida, pur non trascurandone la sicura efficacia, il Parvecchio ha pensato di sostituire alla sezione, la chiusura dell'intestino, al disopra del punto leso, mediante un laccio inorganico (fettuccia o garza), al quale si sovrappone un laccio organico costituito da aponeurosi o da omento. Entrambi vengono infossati con suture siero-sierose.

Gli esperimenti che gli OO. riassumono dimostrano la bontà e l'efficacia del metodo: dall'esame dei pezzi esibiti, si rileva infatti che, anche negli animali sacrificati dopo 90 giorni, la esclusione si mantiene assolutamente completa ed il laccio ha sede ancora nello spessore delle pareti intestinali. Spiegano il meccanismo per il quale viene rallentata ed ostacolata la progressione del laccio verso il lume, e mettono in rilievo i vantaggi notevoli di questo metodo per il quale, in grazia al laccio inorganico è possibile

determinare l'esclusione immediata ed assoluta, che il laccio organico favorisce, completa e rende duratura.

Consigliano l'uso di una striscia piuttosto larga e spessa di garza, e preferiscono l'omento alla aponeurosi perchè di applicazione più facile e sollecita.

Dott. **Cinquemani**. *Caso rarissimo di « induratio penis plastica » (ispessimento osteo-fibroso dell'albuginea e del sètto dei corpi cavernosi)* — L'O. rileva la rarità dell'affezione e descrive un caso osservato in individuo di 53 anni nella cui anamnesi c'è solo leggeri fatti uricemici. L'indurimento, conformato a tettoia, con sperone perpendicolare rappresentato dal sètto, ha le dimensioni di centimetri 6 × 3, e lo spessore di millimetri 5.

Si sviluppò lentamente senza causa apparente, recando disturbi all'erezione, che era breve, ed al coito per l'incurvamento a concavità dorsale che induceva nel pene.

Questa grossa placca fu asportata dal professore Parlavecchio, che per l'emostasi riunì con suture i bordi delle albuginee restanti. A due anni e quattro mesi di distanza si nota conformazione normale, e scomparsa dell'incurvamento dorsale; l'erezione però non dura di più di prima, ma permette il coito. Sarà praticato trapianto aponevrotico in sostituzione della albuginea asportata.

La placca è costituita da connettivo fibroso cosparso di nodi ossei, nei quali cellule ossee delimitano canalini midollari simili agli haversiani, contenenti tessuto midollare, vasi, elementi mieloidi. Il connettivo fibroso risulta di fasci collageni, di fibre elastiche, e di comuni cellule connettivali.

Si tratta di fatti di metaplasia. Esibisce il pezzo ed i preparati.

Prof. **T. Cimino**. *Diverticolo congenito contrattile della vescica, con calcolo intermittente.* — L'O. riferisce su un caso di diverticolo congenito della vescica, con calcolo intermittente, nel quale potè colla cistoscopia seguire in tutti i particolari in qual modo il calcolo dal diverticolo passava alla vescica e viceversa.

Premessa la distinzione fra diverticolo congenito e diverticolo acquisito, afferma che solo quelli congeniti sono contrattili, perchè soli provvisti di fibre muscolari. Ricorda come allo stato presente delle cognizioni si ritenga che il passaggio del calcolo al diverticolo e da questo alla vescica, sia attribuito ad un fatto casuale, passivo, meccanico. L'O. nel riferire la sua osservazione, conclude che questo fenomeno lungi dall'essere casuale, è sotto la diretta dipendenza di un fattore biologico, costituito dalle contrazioni prementi ed aspiranti del diverticolo.

L'O. ha potuto constatare che dall'orificio diverticolare venivano fuori correnti di liquido, con violenza cacciata in vescica, miste a pulviscolo purulento e a piccoli grumi. Ed ha anche notato il fatto inverso: correnti più o meno torbide svuotarsi come in un imbuto, improvvisamente, dalla vescica, al diverticolo. Il calcolo, dal diverticolo, si sollevava perpendicolarmente alquanto; poi si soffermava, accennava ad abbassarsi e così successivamente, finchè sprofondava nel diverticolo e spariva. Era un calcoletto urico, giallognolo, ovale, piccolo quanto un cece. Quando l'O. sorprendeva il calcolo totalmente libero, lo vedeva ritornare nel diverticolo, improvvisamente, per la via più breve, insieme ad una corrente di liquido energicamente aspirato. L'orificio del diverticolo si restringeva quando le contrazioni avevano azione espulsiva; si dilatava durante la aspirazione. Il paziente urinò spontaneamente il calcoletto che non si era mai potuto prendere col litotritore, perchè gli stimoli della vescica provocavano le contrazioni del diverticolo, così che il calcolo — appena introdotto il litotritore — si nascondeva.

L'O. afferma che è questa la prima volta che occhio umano assista allo svolgersi di tali fenomeni; e conclude che la dimostrazione positiva della contrattilità del diverticolo e del meccanismo dell'intermittenza del calcolo è un fatto *completamente nuovo* di cui non esiste traccia in letteratura.

Prof. **T. Cimino**. *Voluminoso flemmone ligneo del cavo di Retzius simulante un neoplasma. Operazione; guarigione.* — L'O. riferisce su di un caso interessantissimo di tumore soprapubico, di durezza lignea, diagnosticato da illustri chirurgi di natura neoplastica della grandezza di una grossa arancia; dimostrato poi all'atto operativo di natura puramente infiammatoria. Il caso si riferiva ad una signora che otto mesi prima aveva partorito un bambino di grosse proporzioni, normalmente; e che due giorni dopo il parto era stata presa da violento dolore alla regione soprapubica, durato una settimana. Dopo circa 7 mesi di sofferenze generali, l'inferma cominciò ad avvertire un senso di peso sulla vescica, e a risentire disturbi della minzione (frequenza, dolore). La sua attenzione fu così richiamata sul sito dolente e solo allora si accorse della presenza al basso ventre di un grosso tumore. In quei giorni sopravvenne anche la febbre, serotina, poco elevata. La *cistoscopia* fece rilevare sulla parete anteriore della vescica una massa nodosa, protuberante sotto la mucosa che ne era sollevata, infiammata. Con diagnosi di neoplasma della parete anteriore della vescica, a sviluppo eccentrico, la donna fu portata al tavolo operatorio; senonchè essendo —

dopo il denudamento del tumore — sorto un dubbio sulla sua natura, fu fatta una puntura esplorativa con un trequarti; fuoriuscì pus denso, cremoso. L'operazione si limitò quindi allo spaccamento del tumore; raschiamento del focolaio centrale suppurativo e zaffamento antisettico. I disturbi urinarii scomparvero il giorno stesso; l'inferma guarì in meno di 40 giorni e del tumore non rimase che una cicatrice appena palpabile.

L'O. prende occasione di questo caso per fare uno studio sui flemmoni lignei in generale e su quelli del cavo di Retzius in particolare. Descrive la loro caratteristica struttura istologica e si sofferma a lungo sulla etiologia. Dopo aver ricordato i primi casi di flemmone ligneo — descritti dal Reclus — e avere sommariamente messo in rilievo i caratteri particolari di essi, studiati dai varî autori, ne afferma la natura infettiva, irritativa; ne studia le varietà batteriche produttrici; e quali condizioni si richiedano per la produzione di questa entità morbosa. Descrive un suo esperimento, nel quale riuscì — per primo — a riprodurre il flemmone ligneo. Passa in rassegna le cause occasionali: traumi, specie di natura chirurgica (in particolar modo erniotomie); corpi estranei; ematomi; e descrive le cause svariate che possono produrre ematomi del cavo di Retzius. G. DONZELLO.

Società fra i cultori delle scienze mediche e naturali di Cagliari.

Seduta del 26 giugno 1913.

Prof. **O. Cozzolino**. *Sull'idiozia mongolica*. — Ne ha visto quattro casi con i loro tratti caratteristici in bambini rispettivamente di 9, 11, 14, 19 mesi (3 femmine, 1 maschio), tutti esclusivamente allattati ancora al seno materno, durante il breve periodo dei primi cinque mesi di funzionamento della Clinica ed ambulanza pediatrica universitaria e su di un totale di poco più che 800 bambini. L'O. presenta le fotografie e le radiografie degli arti di due casi ed uno dei soggetti ricoverato nella clinica.

Rileva anzitutto come sia rimasto colpito da questa relativamente alta percentuale di casi, che non avrebbe riscontro coi pochi casi segnalati in bambini così piccoli nell'Italia continentale ed in Sicilia. Tuttavia è lontano dal supporre che tale fatto preludii ad un carattere etnico più particolare del popolo sardo, e propende piuttosto a ritenere che sia interpetrabile con speciali circostanze favorevoli, le quali hanno permesso l'affluire di tali casi nell'ambulanza clinica universitaria da lui diretta sopratutto perchè essi passano misconosciuti (trattandosi di una forma ancora non sufficientemente nota) alla generalità dei medici.

I quattro casi dell'O. non si prestano ad avvalorare l'ipotesi di Shuttleworth che si tratta in generale di prodotti di esaurimento, « exhaustion products », provenienti cioè da genitori vecchi o da madri estenuate da numerosi parti rapidamente susseguitisi e degli ultimi rappresentanti di tale serie numerosa di gravidanze; in effetti si tratta rispettivamente del 2°, 3°, 4° e 6° figlio, e tutti provenivano da madri ancora giovani e nel vigore della robustezza fisica, dai 30-37 anni, e da padri egualmente nel colmo della virilità, dai 35-44 anni, senza alcun vincolo di consanguineità fra di loro, in famiglie *anamnesticamente* non inquinate nè dalla tubercolosi, nè dalla sifilide.

La circostanza suesposta acquista poi maggior valore per la Sardegna, dove sono abbastanza frequenti le unioni allietate da numerosissima prole.

Per rispetto al momento etiologico, l'O. si sofferma brevemente sulla patogenesi enunciata dal Comby (gravidanza penosa, triste, accompagnata da disagi economici o morali, da emozioni, ecc.), la quale emerse in 3 dei propri casi.

Tutto il complesso sintomatologico offerto dai propri casi ribadisce il concetto del forte arresto somatico e psichico di tali soggetti: oltre la tipica facies mongolica e la microbrachicefalia, esistevano notevolissimo arresto nel peso, sindattilia bilaterale simmetrica agli arti inferiori, in un caso una cardiopatia congenita; anche l'esame del fondo oculare (eseguito dal prof. A. De Lieto Vollaro) rilevò in tutti i casi la presenza di lesioni distrofiche sopratutto coroideali. Tutto questo insieme fa pensare all'influenza di possibili intossicazioni le quali abbiano agito in gravidanza sul prodotto del concepimento in via di sviluppo. In tutti e 4 i casi in effetti i rispettivi padri erano dediti alle libazioni alcooliche eccessive, e sono noti gli intimi rapporti segnalati tra alcoolismo ed idiozia in generale. D'altro canto la presenza clinicamente ed anamnesticamente non sospettata in uno dei casi (quello con concomitante cardiopatia congenita) di un'infezione sifilitica, dimostrata con la positività della R. W. tanto nella madre come nella bambina, lascia inferire anche l'influenza concomitante non indifferente che può nella etiologia esercitare quest'altra infezione cronica eminentemente distrofizzante, di cui perciò è necessario indagare il valore etiologico non limitandosi, come hanno fatto sin'oggi gli AA. in casi consimili, molto leggermente ad escluderne l'importanza soltanto in base alla negatività dell'anamnesi familiare (Shuttleworth, Kassowitz, Hjorth, Siegert, ecc.), la quale ultima lascia sfuggire tante sifilidi ignorate e latenti, ma avvalendosi del sussidio del criterio biologico.

L'opoterapia tiroidea in due casi e fino alla dosi di $1\frac{1}{2}$ pasticca di tiroidina Erba al giorno, nel breve volgere però ancora di appena due mesi di osservazione, non ha esercitato nessuna influenza sull'arresto di sviluppo, ma ha avuto ragione solo di qualcuna delle manifestazioni del corteo sintomatologico (stitichezza, ernia ombelicale, blefarite, respirazione rumorosa, nistagmo), alcune delle quali attribuibili ad una concomitante insufficienza tiroidea.

L'O. si propone di continuare lo studio di questo interessante argomento.

Segue un'ampia discussione da parte dei soci proff. De Lieto Vollaro, Radaeli, Sfameni, Taddei, Pepere, Binaghi, ai quali risponde esaurientemente l'O. C.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 22 giugno 1913.

A. Bertelli. *Il labbro mediale del margine anteriore dei rami mandibolari nell'uomo.* — L'O. espone risultati di ricerche fatte su questo labbro, dimostrando che lo studio di esso presentò importanza, e per i rapporti che il labbro realmente ha, e per quelli che a torto gli furono attribuiti.

A. Roccavilla. *Le ghiandole a secrezione endocrina nel corso delle intossicazioni biliari e degli itteri emolitici* (presentata dal prof. A. Bonome). — L'O. in questa nota espone i risultati delle sue ricerche sperimentali sull'azione che sul sistema glandulare endocrino esercitano alcune discrasie, specialmente quelle dovute alla penetrazione di bile nel sangue ed all'azione dei sieri emolitici.

Fra gli organi, che in tali condizioni mostrano di reagire con maggiore attività, figurano l'ipofisi cerebrale e le capsule surrenali.

Le reazioni, a seconda del grado d'intensità delle intossicazioni predette, consistono o in iperattività degli elementi secernenti od in ipoattività semplici od in processi degenerativi degli elementi ghiandolari.

A. DIAN.

Società di medicina legale di Roma.

Seduta del 2 giugno 1913.

Prof **Ottolenghi**. *La perizia grafica.* — L'A. comunica un caso importante di perizia su testamento ritenuto falso, che gli offrì occasione di occuparsi ampiamente della tecnica e delle questioni delle perizie grafiche; il caso offriva il bisogno di valutare aggiustature sospette in corrispondenza di alcune firme. Ha potuto con grande utilità servirsi dell'esame microscopico, usando l'apparecchio del Florence, ed ottenendo sia per l'osservazione diretta, che per le fotografie, ingrandimenti di circa 300 diametri, utilissimi per lo studio. Nell'analisi grafica procedette con rigoroso metodo comparativo-descrittivo di identificazione, mettendo in rilievo secondo il metodo di Bertillon, sistematicamente i connotati e i contrassegni particolari comparativamente a manoscritti autentici di diverse epoche.

Procedette poi ad un esame completo di tutti i manoscritti, per la rivelazione dei caratteri fisiopsicologici e neuropatologici della scrittura, nonchè allo studio del contenuto del testamento stesso, per la rivelazione delle condizioni psichiche dello scrivente e del falso incriminato, dal punto di vista dell'antropologia criminale.

Trae occasione da queste ricerche per dimostrare che le perizie grafiche cosidette calligrafiche offrono campo di studio a ben diversi cultori.

Se giova l'intervento di un conoscitore di metodi calligrafici, i progressi fatti in questi ultimi tempi dalla identificazione grafica impongono l'intervento di speciali cultori di fotografia e chimica giudiziaria; e inoltre i grandi progressi fatti dalla fisiologia, dalla neuropatologia e dalla psicologia criminale, impongono l'intervento di un medico che abbia speciali conoscenze di queste branche del sapere.

Dott. **Falco**. *Contributo di identificazione grafica.* — L'A. incaricato di confrontare alcuni scritti anonimi con gli scritti di un individuo sospetto autore degli anonimi istessi, ha proceduto al confronto grafico dei medesimi. Dal rilievo dei connotati e dai contrassegni e dal loro confronto, l'A. conclude che malgrado la dissimulazione da parte dello scrivente, gli anonimi erano stati fatti proprio dalla persona sospetta.

Le conclusioni furono fatte in seguito ad una serie di rilievi fotografici dei principali contrassegni, rilievi eseguiti dall'A. nel laboratorio della Scuola di polizia scientifica, con apparecchio di microfotografia; portando le lettere e i contrassegni ad un ingrandimento di dieci diametri. Fra questi contrassegni illustra specialmente quello di alcune consonanti (f, g) la cui asta veniva costantemente interrotta per fare la voluta; carattere che si mantenne tanto nella scrittura contraffatta che nella vera.

Prof. **Ascarelli**. *Suicidio per annegamento o morte improvvisa nell'acqua.* — L'A. illustra il caso di un individuo giovane e robusto addetto alla mala vita che fu trovato cadavere nel Tevere in luogo molto distante da quello dove era scomparso una

notte (3 marzo 1911) dopo un litigio coi compagni.

Il cadavere era in putrefazione avanzatissima. Nulla all'esame esterno. Ricerca del plancton cristallino negativa; negativo il sintomo di Revenstorf, negativo l'esame istologico dei polmoni. Però all'autopsia si riscontrarono focolai di frattura della 4ª costola destra lungo la linea ascellare media e della 2ª e 3ª costola sulla linea paravertebrale. I focolai di frattura erano circondati da infiltramento ematico dei muscoli. Tali fratture secondo l'A. furono prodotte da una violenza contundente. Le indagini fatte sul sopraluogo, la molteplicità delle fratture in diverse regioni, il fatto che in quella notte il Tevere era in piena e quindi un individuo cadendo non poteva fratturarsi le coste sulla banchina, la quale era sommersa nell'acqua per più di un metro; fecero escludere la caduta e quindi le lesioni si ammise fossero dovute a percosse o a compressione toracica.

La causa della morte, ritiene l'A., non dovuta ad annegamento, data l'assenza di sintomi di questa morte, e nemmeno a fratture, ammette invece la possibilità di una morte improvvisa nell'acqua in stato di deliquio, susseguente a percosse riportate, non escluso che l'individuo sia stato gettato nel fiume, ove l'esito letale sarebbe avvenuto per inibizione favorita dalle percosse, dal freddo e dall'alcoolismo cui era in preda l'individuo.

Dott. **Bellussi**. *Ulteriori ricerche sulle ossidasi nel sangue dopo la morte.* — L'A. studiò il comportamento delle ossidasi nel sangue dei conigli uccisi per impiccamento ed ebbe in questo genere di morte un reperto molto simile a quello avuto nelle morti per puntura del bulbo.

Nell'avvelenamento per acido solfidrico acutissimo con morte istantanea, le ossidasi furono trovate in aumento nelle proporzioni osservate nelle morti per puntura del bulbo.

Nell'avvelenamento protratto per questo gas, il reperto fu simile a quello avuto nelle morti subacute per ossido di carbonio. Questi dati confermano nuovamente l'importanza assunta dall'eccitamento del midollo allungato nella determinazione della reazione ossidasica nel sangue sotto l'influenza dello stimolo asfittico.

Dott. **Di Porto**. *In tema di concausa delle lesioni personali a proposito di un caso di frattura della rotula.* — S... F..., di anni 17, fu colpito il 6 aprile nella regione poplitea sinistra da un calcio vibratogli da un compagno. All'ospedale gli fu riscontrata la frattura della rotula e fu sottoposto alla sutura metallica di essa.

Dopo 4 mesi di cura la guarigione non era avvenuta, ma residuavano sintomi morbosi locali imponenti (tumefazione, ipotrofia della coscia e del ginocchio, sfregamenti articolari, presenza di varici, debilitazione e limitazione funzionale).

L'individuo però presentava emiparesi sinistra con ipotrofia di tutta la metà sinistra del corpo e concomitanti disturbi trofici dei muscoli e delle epifisi e delle diafisi delle ossa lunghe (fatti da ricondursi ad una pregressa paralisi infantile). L'A ritiene queste pregresse condizioni morbose del soggetto di massima considerazione nell'evento descritto.

Conclude che il fatto da lui illustrato deve essere sprone ad accurato esame di ogni individuo fin dal primo esame peritale, il quale deve essere fatto in modo completo, sì da evitare gli errori diagnostici e medico-legali, cui purtroppo e sovente si incorre negli affrettati esami che si fanno agli uffici giudiziari.

A. ASCARELLI

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

A proposito della presenza del treponema pallido nel cervello dei dementi paralitici.

(Nota complementare).

L'importante scoperta di Noguchi, confermata più tardi da Marinesco e Minea circa la presenza dello spirochete nel cervello dei paralitici, ha aperto dei nuovi orizzonti allo studio della paralisi generale, dal triplice punto di vista della natura, del decorso clinico e dell'anatomia patologica. Conseguenze importanti se ne possono pure dedurre per la cura.

Per ciò che riguarda la natura non esiste più alcun dubbio che in questa malattia non si tratti di una tossicosi ma di una vera spirillosi. Si può opporre che non in tutte le corteccie di paralitici si trovano gli spirilli, ma questa obbiezione cade facilmente: difatti già Noguchi nel suo secondo lavoro ha trovato che la percentuale dei casi positivi aumenta quando si studi una superficie cerebrale più estesa. Inoltre Marinesco e Minea hanno potuto in alcuni casi scoprire il treponema servendosi dell'ultramicroscopio.

I casi negativi possono essere spiegati in tre modi: difetti di tecnica (il metodo migliore è l'impregnazione lenta secondo i dettami di Levaditi), o gli spirocheti sono raggruppati in un punto che non è caduto sotto il taglio di esame, o sono talmente disseminati che è difficile trovarne uno sopra un intiero taglio.

Ciò che è importante a notare è questo: che nonostante la disposizione degli spirocheti in focolai, nella paralisi generale non si trovano — come nella sifilide cerebrale — lesioni a focolaio, ma delle lesioni diffuse estese a uno o più blocchi del cervello. I treponemi giunti per l'arteria cerebrale anteriore, circolano nella guaina avventizia delle arterie nutritive della polpa cerebrale, e si localizzano nella rete capillare al disotto del primo e secondo strato cerebrale, di qui si diffondano nel parenchima del 3° strato ove producono lesioni nelle cellule e nelle fibre. Più tardi essi possono invadere i capillari profondi.

L'inefficacia del salvarsan nella sif. indica che in questa malattia noi abbiamo a che fare con degli spirilli che sono divenuti toxo-resistenti, per questo Ehrlich si è proposto di aumentare il potere spirotropo del suo medicamento.

Dott. F. SABATUCCI.

(Marinesco e Minea. *Revue Neurologique*, 30 maggio 1913).

CASISTICA.

Sulla endocardite lenta.

Nel *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, novembre 1912, Ralph H. Major riporta la storia di alcuni casi di endocardite lenta capitati alla sua osservazione.

Questa malattia designata anche col nome di « endocardite infettiva subacuta » ha dei caratteri clinici ed etiologici affatto particolari e che la distinguono nettamente dagli altri tipi di endocardite.

L'inizio del male è ordinariamente insidioso, i sintomi al principio sono così vaghi che il paziente non sa dire quando effettivamente la malattia sia cominciata.

Dapprima si avverte qualche disturbo nel respiro, accompagnato da un debolezza generale, da una vaga dolenzia alle articolazioni e da qualche elevazione di temperatura. Un sintomo importante e precoce è il dolore, l'arrossamento ed il gonfiore delle articolazioni delle dita. Si stabilisce poi una marcata anemia. Fin da quando l'infermo consulta il medico sono presenti e netti i rumori cardiaci. Le lesioni si riscontrano con maggiore frequenza alla valvola aortica ed alla mitrale.

Costanti sono i fatti embolici: petecchie, embolia cerebrale con emiplegia ed afasia, infarti pulmonari, embolia ai reni con nefrite ed ematuria.

L'esito è sempre la morte.

L'endocardite lenta è prodotta da un microrganismo specifico, lo streptococco *viridans*. Esso fu trovato costantemente nel sangue degli individui affetti da detta malattia, il suo reperto vale a confermare la diagnosi e a distinguere l'endocardite lenta dagli altri tipi di endocardite prodotta dai cocchi piogeni, dallo pneumococco o dal bacillo dell'influenza, così come la meningite cerebro-spinale epidemica si distingue dalla meningite dovuta al bacillo della tubercolosi, dell'influenza ed ai comuni piogeni.

Il sangue degli individui affetti da endocardite lenta contiene gli anticorpi specifici.

DRAGOTTI.

La trombosi venosa traumatica dell'arto superiore.

Il Baum ha pubblicato un caso, in cui dopo un'azione muscolare violenta si verificò una trombosi di grossi tronchi venosi senza che esistesse un'alterazione immediata visibile della parete venosa per cause meccaniche, chimiche o infettive. Il fatto era stato già osservato dallo Schrötter

(1884): il secondo caso è dello Schepelmann (1910) in cui si sospettò un ascesso flemmonoso. Nel 1911 l'Heinecke ne pubblicò tre casi e nel 1912 il Rosenthal due osservazioni. Nel caso dell'A. si trattava di una trombosi della vena ascellare e della succlavia in una signora che dopo aver sollevato oggetti pesanti avvertì violento dolore al braccio destro con tumefazione e cianosi che si estendevano fino alle spalle ed al petto: in seguito a riposo e massaggio i fenomeni scomparvero, ma ricomparivano in seguito a qualunque lavoro manuale. Non si poteva palpare un cordone venoso, però il solco bicipitale interno, l'ascella e la fossa sopraclavicolare erano fortemente sensibili alla pressione. Dopo 1 ½ anno esisteva ancora una certa tumefazione, facile stanchezza, parestesie.

Riguardo al meccanismo di formazione di questa trombosi discute i due fattori possibili: disturbi di circolo ed alterazione della parete vasale. La prognosi *quoad vitam* è buona se non s'interviene chirurgicamente, quanto a *ad restitutionem* è cattiva: residua quasi sempre un impedimento più o meno grave della funzione motoria.

(*Deutsche Med. Woch.*, 1913, n. 21). P. A.

TERAPIA.

Piaghe gangrenose trattate con l'alcool.

Blanchard (*Le Bulletin Médical*, 26 marzo 1913) aveva già adoperato l'alcool nella detersione di piaghe contuse ed anfrattuose e ne aveva vista l'efficacia.

Per la prima volta nel 1909 l'ha adoperato nella medicazione di piaghe gangrenose. Si trattava di una gangrena galoppante del piede sinistro, originatasi da un'unghia incarnata, e proceduta a tappe ostinatamente malgrado varî atti operativi demolitori.

L'A. ha trovato il paziente in condizioni molto gravi ed è stato costretto ad amputare la gamba al disotto del ginocchio. Il giorno dopo le condizioni generali si aggravavano sempre, localmente i lembi della ferita erano in sfacelo gangrenoso.

Fece un impacco all'alcool (4/5 d'alcool a 90°, e 1/5 d'acqua bollita): dopo 48 ore i dolori e la febbre erano già scomparsi. Al terzo giorno dalla prima medicatura i lembi necrotici erano induriti come cuoio secco; al sesto giorno la linea di demarcazione ed eliminazione era nettamente tracciata, e la piaga era coperta di bottoni carnosi di buon aspetto. Guarigione in un mese.

L'alcool ha arrestato in 48 ore la setticemia ed ha spento rapidamente il focolaio locale d'infezione.

Risultati ugualmente benefici l'A. ha ottenuto col medesimo trattamento in altri casi di gangrena senile p. es. delle estremità inferiori per arteriosclerosi, in un caso di flemmone diffuso gangrenoso dell'avambraccio, ecc.

L'alcool nelle grandi piaghe suppurate permette inoltre di diradare notevolmente le medicature (fino a 6 e 7 giorni d'intervallo) perchè fa diminuire la suppurazione ed affretta la riparazione dei tessuti.

L'alcool agisce fissando i microbi e diminuendone il numero e la virulenza, e disseccando rapidamente i tessuti necrotici. Nelle parti necrosate, l'alcool quasi sequestra i microbi in una massa solida che facilmente si escide con le forbici. I tessuti sani circostanti non si edemizzano, e il processo di reintegrazione è rapido.

S. P.

La cura delle ferite con lo zucchero.

Il Magnus nella *Münch. Mediz. Wochenschr.*, n. 8, 1913, nota che le proprietà antiputride dello zucchero sono note da gran tempo ed utilizzate praticamente in molteplici circostanze, dalla conservazione dei cadaveri per es. a quella delle frutta cotte.

Pure antiche sono le applicazioni terapeutiche di queste proprietà dello zucchero: il Billroth l'ha usato contro la gangrena nosocomiale; il Fischer applica un sacchetto pieno di zucchero nella medicazione delle ferite; il Kuhm ha preconizzato l'uso di soluzioni di zucchero nella cura della peritonite, ecc.

Il Magnus ha studiato sperimentalmente le indicazioni dello zucchero nella cura delle ferite.

Anzitutto ha esaminato il contenuto in germi dello zucchero: delle numerose culture fatte su terreni l'89 % rimase sterile, l'11 % rivelò la presenza di saprofiti innocui (il bacillo della patata, il b. del fieno). Perciò lo zucchero del commercio si può applicare sulle ferite senza speciale sterilizzazione.

Ha studiato poi negli animali e nell'uomo la tollerabilità dello zucchero, somministrandolo per vie diverse (sotto la cute, nelle vene, nel peritoneo, ecc.).

Le soluzioni concentrate di zucchero esercitano una azione battericida diretta, ed ostacolano i processi di fermentazione e di putrefazione.

Il Fischer distingue i batteri in quelli che vengono danneggiati dalla sottrazione dell'acqua come il piocianeo, e quelli che non ne vengono danneggiati come lo stafilococco: degli uni e degli altri lo zucchero ritarda lo sviluppo od uccide le colonie.

Applicando lo zucchero in sostanza sulla ferita, si forma una soluzione zuccherina concentrata, per cui i germi vengono uccisi, o messi in condizioni d'esistenza molto sfavorevoli.

È opportuno rinnovare la medicazione tutti i giorni, perchè lo zucchero provoca una secrezione molto abbondante. Lo zucchero spiega un'azione deodorante spiccata. Inoltre esplica un'azione solvente della fibrina. Il tessuto di granulazione si sviluppa in misura giusta, l'epitelializzazione della ferita si ottiene piuttosto rapidamente.

I processi tubercolari si dimostrano refrattari a questa cura.

L'A. ha sottoposto alla cura dello zucchero un centinaio di casi con ottimi risultati. Ha visto guarire anche rapidamente delle fistole settiche di lunga durata.

P. S.

Contro l'epistassi.

Secondo le esperienze del Ritschl un procedimento meccanico preconizzato dal Nägeli per la cura delle nevralgie e che agisce specialmente per l'ischemia accentuata che provoca nel capo si mostrerebbe molto efficace contro l'epistassi. Ecco in che consiste la manovra in questione: Si fa stare l'infermo seduto e appoggiando le mani sotto gli angoli del mascellare inferiore si esercita una tensione uniforme della testa verso l'alto e possibilmente all'indietro per permettere al sangue di scolare nel faringe.

(*Sem. Médic.*, 1° gennaio 1913). P. A.

IGIENE

Scuole e morbillo.

Al morbillo, fra le malattie contagiose ed epidemiche, s'accorda ancora un'attenzione saltuaria, perchè esso impone al più per il numero dei colpiti, non certo per la letalità sua, dovuta per la massima parte non alla malattia in sè, ma specie, se trascurata, alle complicazioni bronco-polmonari. Fortunatamente dalle statistiche ufficiali dell'ultimo ventennio e la morbilità e la mortalità ne appaiono in regolare e graduale diminuzione, frutto della sostituzione alla comoda idea, che era necessario aver sofferto il morbillo, della convinzione che esso è una malattia contagiosa da evitarsi come e quanto le altre. È bensì vero che non si è ancora scoperto l'agente infettivo, ma tuttavia aumentano le osservazioni in più o meno grande scala, che vengono a limitare sempre più ciò che v'è di poco certo, modificando marcatamente le cognizioni che abbiamo riguardo alla contagiosità sua.

Infatti dal credere che il massimo pericolo per il contagio si ha nel periodo desquamativo e poi particolarmente nell'eruttivo si viene ora a dare importanza esclusiva al periodo d'invasione cioè al preeruttivo, facendo alcuni la concessione di arrivare ai primi giorni dell'eruzione: tanto che in parecchi lavori non troviamo più portata attenzione alcuna alle desquamazioni come veicoli.

Cercando poi di scoprire questo microrganismo si è intanto confermato che egli si trova già fin dai primi giorni nella secrezione mucosa nasofaringea, molto più di frequente e con facilità che nell'esantema e sempre prima che in questo, colla considerazione che anche colle esperienze del Canton non si potè riuscire a provare l'esistenza di qualche germe specifico nel sangue dei morbillosi.

Si aggiunga che a poco a poco le fini deduzioni, specie delle Cliniche francesi, portarono a limitare ad un massimo di 2-3 ore la vitalità dell'agente, quand'egli resta fuori dell'organismo umano e in balìa degli agenti esterni, ed allora è naturale che man mano sia andata mutando pure la profilassi per adattamento e come conseguenza anche di queste investigazioni.

Quando si credeva che se non solo coll'eruzione, certo per la massima parte coll'esantema l'epidemia potesse prender piede, si comprende come i pediatri cercassero tutti i cosidetti sintomi premonitori possibili, credendo di essere ancora allora in tempo ad isolare efficacemente l'ammalato senza danno degli altri. Ora si sa che quando il medico riesce a formulare il sospetto del morbillo, tanto più quando arriva a farne la diagnosi, se non siamo già nel periodo di eruzione, vi siamo vicinissimi ed in ogni caso quando il colpito è già infettante. Sarà sempre ancora utile e necessario l'isolamento, ma con la nozione che quegli può avere già comunicato ad altri la propria infezione. La precauzione quindi va presa, pur sapendo di essere in ritardo, specie in riguardo ai due principali ambienti di propagazione: la famiglia e la scuola.

Con tale procedimento nelle idee vennero a modificarsi le direttive per la profilassi scolastica nelle epidemie di morbillo. In tutti gli Stati latini è ormai stabilito, che si allontanino da scuola solo gli infermi, i sospetti, coloro che ebbero con essi contatto e fino a quando possono presumersi infettanti. In altri Stati, ad es. in Inghilterra e negli Stati Uniti d'America sono di attualità le discussioni tra coloro che vogliono dimostrare ad ogni costo la necessità della chiusura delle scuole come tocca sana per la scomparsa del morbillo e coloro, i più in verità, che non se ne persuadono chiamando quelli, in pieno Congresso, retrogradi.

Per portare un esempio basterà che fra le pubblicazioni degli ultimi mesi accenni alla breve memoria di Banks Raffle, il quale con una nota concisa, accolta nell'autorevolissimo *The Lancet* (1912), crede che le cifre precise riferite impongano di per sè senza commenti. L'A. stabilisce per 15 scuole d'un dipartimento il numero di coloro che non erano stati mai colpiti da morbillo prima dell'epidemia in questione, da essi detrae il numero degli ammalati durante le lezioni ed i 14 giorni susseguenti alla chiusura delle scuole e conclude affermando che dopo ciò vi furono solo più 75 casi su 1400 bambini che avrebbero potuto essere ancora colpiti.

Mi pare lecita qualche obbiezione: Come si può fermamente negare che dei 1400 molti non godessero una tal quale immunità per avere già avuto una forma passata ignorata o inosservata o mal interpretata dai parenti? E l'A. non si trovò forse davanti ad una esplosione tumultuosa, trattandosi di 800 casi circa? Si spiega abbastanza con ciò che alla fine del 2° mese e cioè dopo il 14° giorno dalla chiusura delle scuole, indipendentemente da questa, il numero dei casi sia rapidamente diminuito.

Se ora si considera quel che avviene in casa nostra, notiamo subito che le istruzioni governative hanno abbandonato ogni ordinanza di chiusura di scuole pel morbillo, ma, e questo stupirà più d'uno, ciò è tanto poco risaputo che coloro i quali scrivono sull'argomento devono ancora ribattere il chiodo. È nel 1910 che il Pecori sulla *Gazzetta Medica di Roma* insisteva per tale estremo provvedimento come solo utile in condizioni speciali (popolazione non agglomerata, scuole di bambini agiati, ecc.). È nell'ultima edizione del suo Manuale dell'Igienista che il Celli nota che « la chiusura delle scuole arriva per lo più in ritardo » e che « i contagi sono in certe case dei poveri ben più frequenti che a scuola ». In altri termini siamo ancora in pratica a dover persuadere con gli stessi argomenti, che magistralmente illustrava il Grancher 20 anni fa all'Accademia di Medicina di Parigi.

Tant'è che se escludiamo qualche centinaio di grandi Comuni, dove igienisti ed insegnanti hanno tutti i mezzi di tenersi al corrente delle questioni igieniche palpitanti, restano parecchie migliaia di medii e principalmente piccoli Comuni tra cui molti di essi credono di doversi attenere ancora alla circolare del Ministero della pubblica istruzione 10 aprile 1892, in cui si specificava di chiudere la classe ed in seguito la scuola, quando entro un periodo di 10 giorni si manifestavano 2 casi di morbillo. Ciò ho assodato personalmente o controllato su dirette informazioni avvenire nell'Italia media quanto nella settentrionale, nel continente come nelle isole: i medici talora arrivati ad un certo numero di casi di morbillo credono di soffocare l'incendio facendo chiudere le scuole o per propria iniziativa ovvero dietro la richiesta di insegnanti desiderosi di un po' di meritato riposo, sicuri di invocare una assennata precauzione ovvero per annuire al Sindaco che crede di curare in quel modo la salute pubblica. E quante volte dopo 8-10 giorni l'epidemia decresce e si crede in buona fede di rilevare già l'efficacia della decisione presa!

Basterebbe invece riflettere che l'istruzione obbligatoria, fissata definitivamente coll'ultima legge fin dal 1877, per svariatissimi motivi è solo in questi ultimi anni che si può dire abbia avuto vera ed ampia applicazione anche nei più remoti comunelli; sia palese che in concreto è per timore o per consiglio dell'insegnante che i bambini tante volte si puliscono per farli ammettere a scuola; qui il contagio non può essere molto frequente, perchè non sono tanto facili i contatti diretti, specie se non v'ha promiscuità per la ricreazione; qui le aule per la luce abbondante e per la pulizia normale sono un ambiente di difficile conservazione di un microrganismo già di per sè sì labile e, se mai, il pericolo più grave deve limitarsi alla classe (si è visto spessissimo rimanere indenni le classi vicine a quelle ov'era stato un morbilloso); anche nei piccoli centri viene sempre più seguito l'uso invalso già nei grandi di far tenere dagli scolari un grembiale o una semplice uniforme, vero strato protettore ed isolante; è solo a scuola che colla coltura, che ormai si può pretendere dalla classe magistrale, specie per la parte più giovane, i figli dei nostri contadini ed operai invece di tanti vieti pregiudizi imparano le norme più elementari e così necessarie d'igiene. Ed allora, senza indugio, si capirà che senza gravi motivi e per un utile relativo non possiamo nè dobbiamo privare della scuola una quantità notevole di ragazzi e per parecchie settimane: solo con tale quantità di tempo la misura sarebbe seriamente presa.

Ma non basta: che avviene dopo la chiusura d'una scuola? I ragazzi meno occupati, ancor meno sorvegliati hanno tutto l'agio di stare a contatto fra di loro, con vicini sospetti o di andare da lontani ammalati, tutte cose dall'occupazione scolastica rese invece per lo più molto meno facili. Dal loro canto gli insegnanti, avvisati dal sanitario, possono in classe aiutarlo indicandogli per l'immediato allontanamento e successiva sorveglienza i casi sospetti o anche leggermente affetti (fatto frequentissimo) che al contrario a scuola chiusa passerebbero per più giorni inosservati.

Mi fu ancor detto testualmente: col sospendere

le lezioni si colpisce l'attenzione dei parenti, affinchè non prendano a gabbo ciò che è pur sempre una malattia. No, o colleghi, nelle epidemie non serve l'inculcare timore, la nostra attività è meglio rivolta a far tenere una pulizia vera, un isolamento non solo formale, a far insomma considerare naturalmente necessaria e benefica ogni opera dell'igienista.

Per ultimo tra le molte analoghe osservazioni personali raccolte mi sia lecito riferirne una sola: a V., cittadina d'una certa importanza, tale da essere capoluogo di circondario, dopo una discreta quantità di casi di morbillo si chiudono le scuole. Passa una quindicina di giorni, l'epidemia cresce tuttavia e le autorità si decidono a far riprendere le lezioni. Per conseguenza di che avremmo dovuto avere dopo una tal quale diminuzione dell'epidemia, se non un aumento, certo una costante per l'avvenuta ripresa dei corsi; mentre in realtà il numero dei colpiti aumentò per qualche giorno per poi diminuire gradatamente sino al fine. Che correlazione si può trovare tra l'andamento di questa epidemia e le scuole?

In conclusione è bene far sapere ai colleghi, specie delle piccole condotte che ben dopo l'accennata Cir. Min. del 1892 venne venne un D. M. della P. Istr. (16 ottobre 1903), che per l'articolo 7 quando si manifestavano più casi della stessa malattia contagiosa specie a breve distanza si arrivava semplicemente alla chiusura della classe solo per il tempo necessario alle disinfezioni dei locali: disinfezione anch'essa ora contrastata; vediamo infatti tra altro che recentemente la si rende obbligatoria nel dipartimento della Senna inf., la si trova inutile in Prussia per la labilità dell'agente infettivo.

Attualmente poi è in vigore il reg. gen. per l'istr. elem. 6 febbraio 1908 in cui all'articolo 118 si tratta dell'allontanamento dei colpiti da malattia contagiosa e dei loro conviventi, senza che, per il morbillo almeno, si accenni più a speciali precauzioni, lasciando coll'articolo 121 alle Autorità comunali e provinciali di provvedere secondo il bisogno. Questo non vorrà dir certo lasciare la libertà, quando lo si creda, di ritornare all'antico; le attuali disposizioni regolamentari devono ritenersi come modificazioni radicali per i mutati e più precisi acquisti scientifici e non interpetrarsi come acquiescenza alle prescrizioni passate, le quali non essendo nemmeno più accennate sono da considerarsi abrogate.

Roma, 2 marzo 1913.

V. E. OVAZZA
(Med. prov. agg.).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(135) *Sull'uso del salvarsan per via rettale.* — Avendo letto in una rivista dell'uso del « salvarsan » per via rettale, sarei grato se mi volessero spiegare il modo di usarlo per tale via, e la dose, e nello stesso tempo se è consigliabile una tale cura.

Ringrazio.

Riposto (Catania). Dott. Nino Marano.

Dopo che Fournier, Guenot e Blaschko ebbero trovato inefficace l'impiego del salvarsan *per os* in forma di pillole e di soluzioni molto allungate, Fischer e Hoppe riferirono di tentativi diretti a ottenere un'azione del rimedio mediante applicazione rettale.

Il risultato fu che esso è sopportato bene, ma che l'azione terapeutica non è soddisfacente.

Più incoraggianti sono i risultati che altri autori come Del Portillo, Geley, Déjerine, Moret, Mouriquand, Weil, Schwarz, Bogrow dicono aver avuto con enteroclismi e suppositori di salvarsan.

Nella clinica di Torino Trossarello ha esaminato la questione. Egli non ha avuto nè fenomeni locali nè generali sgradevoli, ma non osservò neanche successi; i risultati terapeutici furono nulli malgrado dosi piuttosto alte del rimedio (in un malato gm. 1.40 in cinque dosi nel corso di 25 giorni). Si poteva constatare un leggero miglioramento dello stato generale, ma nessuna influenza specifica sulle spirochete, nemmeno dopo applicazioni ripetute. In un caso di sifiloma recente le spirochete mostrarono vitalità immutata, in due altri casi la roseola sifilitica aumentò durante il trattamento; tutti questi casi vennero in seguito rapidamente alla guarigione con la cura mercuriale e con iniezioni endovenose di salvarsan. In un malato, al quale erano stati introdotti gm. 1.30 di salvarsan mediante suppositori, senza il minimo effetto specifico, si manifestò poche ore dopo una iniezione intragluteale di 30 cgm. di salvarsan una reazione intensa di Herxheimer, e in pochi giorni si ebbe la guarigione completa di placche mucose e di roseola.

Dopo queste esperienze Trossarello non ritenne giustificato continuare i tentativi.

La causa del mancante effetto curativo consiste probabilmente nelle alterazioni, che il salvarsan subisce per l'azione dei residui fecali e dei fermenti intestinali della digestione; inoltre in un riassorbimento troppo debole da parte della mucosa rettale.

Dunque mi pare che non c'è da fare molto assegnamento sull'impiego del salvarsan *per rectum*; il metodo di scelta dev'essere quello della iniezione endovenosa.

Se questa non è proprio possibile per una ragione qualunque e se si vuole ricorrere all'infusione del salvarsan per via rettale, allora si cominci la cura con la dose di 0.1-0.2.

La soluzione del preparato viene neutralizzata con l'aggiunta di potassa caustica purissima al 15 % e poi allungata a 500 cmc. A poco a poco si può aumentare la dose fino a 0.5 gr. Per favorire il riassorbimento sarà consigliabile di non far bere niente al paziente durante il giorno e di somministrare un'ora prima dell'infusione una supposta di glicerina, che provoca la defecazione dopo un quarto d'ora. L'infusione si può far eseguire la sera in posizione laterale sinistra; dopo si fa prendere all'ammalato per qualche minuto la posizione genu-pettorale e finalmente la posizione laterale destra per distribuire bene il liquido nel colon.

J. ULLMANN.

(136) *Inaloterapia della tubercolosi polmonare.* — Nella posta degli abbonati vidi in un numero del decorso mese una ricetta per la cura degli ammalati di tubercolosi polmonare a base di timolo, balsamo tolù, alcool ed acqua.

Prescritta questa ricetta esattamente, mentre il balsamo si scioglieva completamente nell'alcool, precipitava poi coll'aggiunta dell'acqua.

Le sarò gratissimo se vorrà spiegarmi il modo di preparazione così da evitare l'inconveniente.

Dott. Umberto Colbertoldo.

Monastier di Treviso, 2 luglio 1913.

Si può evitare l'inconveniente lamentato dal collega in parecchi modi: ottenuta la soluzione alcoolica di timolo e di balsamo, si aggiunge in mortaio una certa quantità di carbonato di magnesia e l'acqua, agitando e rimescolando energicamente; quindi si passa su filtro di carta. La soluzione naturalmente è più stabile se non si aggiunge molta acqua.

Di questo espediente speciale non c'è bisogno se su 100 parti di alcool si aggiungono 10 di balsamo e circa 40 di acqua; basta agitare nella bottiglia.

Si puo pure adoperare la soluzione alcoolica semplice di balsamo e timolo. P. S.

(137) *Cura della seborrea del cuoio capelluto.* — Il dott. G. L. da Milano, scrive:

« La prego di far rispondere, da qualche dotto dermatologo, qual'è la cura più razionale ed efficace nella seborrea umida e secca del cuoio capelluto con consecutiva e persistente alopecia ».

L'abbonato potrà leggere la risposta data ad analoghi quesiti nel *Policlinico* di questo anno, Sezione pratica, fasc. 19 (11 maggio 1913), pagina 683. L. P.

(138) *Sulla febbre da pappataci.* — Prego, nella posta degli abbonati, indicarmi la letteratura esistente sulla febbre di tre giorni, così detta dei pappataci, e dove possono trovarsi le relative pubblicazioni.

Quali mezzi d'indagine e quale tecnica occorre adoperare per procedere alla ricerca dell'agente causale di tale speciale forma morbosa?

Ringraziamenti anticipati.

Dott. Giuseppe Ianni (Riesi).

Troverà ampie indicazioni bibliografiche annesse al lavoro del prof. Condorelli-Francaviglia « Primo caso di febbre da pappataci in Catania e nella Sicilia Orientale », pubblicato nel *Policlinico*, Sez. med., 1912, fasc. 3. L. P.

(139) *Toluolo e xilolo.* — Sarò grato alla S. V. se vorrà indicarmi nella rubrica *risposte a quesiti e a domande*, qual'è la Casa produttrice dei due preparati: *Toluolo e Xilolo.*

Ringraziandola sentitamente, con stima mi dico

Abbonato 1398.

Il toluolo (metilbenzolo) e lo xilolo (dimetilbenzolo) non sono specialità farmaceutiche: vengono messi in commercio da moltissime fabbriche.

R. B.

Signor Capo Redattore del « Policlinico »
Roma.

Con firma t. p. il *Policlinico* nel suo numero del 6 luglio ha voluto onorare di una piccola analisi i miei *Etudes d' Endocrinologie*; voglia dunque consentirmi una breve replica. Basandomi su delle laboriose ricerche cliniche e terapeutiche io credo di esser giunto a classificare nosologicamente il mal di mare, l'isteria, i vomiti gravidici, ecc., affezioni fin ora mai definite e credo di aver risolto il problema della terapia del colera, terapia di cui Calderali, Pizzini e Pioverano si sono lodati.

Non si tratta dunque di una argomentazione nominativa di endocrinologia « per il quarto d'ora di entusiasmo e di detrazione che attraversiamo ».

Io invito fraternamente i miei colleghi d'Italia a delle prove di controllo terapeutiche e ciò permetterà di giudicare ciò che ho scritto.

Facendo assegnamento sulla vostra cortesia per la pubblicazione di questa mia risposta, vi prego di gradire l'espressione dei miei migliori sentimenti e i miei ringraziamenti anticipati

Vostro dev.mo collega
NAAMÉ.

Tunisi, 26 luglio 1913.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

P. MARFORI. **Trattato di farmacologia e terapia.** Vol. in-8° di pag. XL-850. Napoli, Luigi Pierro editore, 1913. L. 24.

Questo splendido trattato è una miniera straordinariamente copiosa di fatti, i quali si presentano con una evidenza lampante, precisi, definiti, ordinati.

Il prof. Marfori ha di mira i bisogni dell'insegnamento medico. E siccome ai medici la farmacologia importa sovratutto in quanto che fornisce la base della terapia clinica, egli prende in esame le azioni farmacodinamiche in stretto rapporto con le applicazioni terapeutiche, alle quali fa un largo posto.

Eppure la classificazione adottata dall'esimio farmacologo non segue le indicazioni terapeutiche, ma la natura chimica dei medicinali.

Naturalmente in questo modo risultano avvicinate azioni terapeutiche dissimili e dissociate azioni terapeutiche affini. Così è che i purganti figurano ripartiti in molte sezioni del lavoro.

Per altro l'A. non si attiene ad uno schematismo troppo rigido ed assoluto.

Ad esempio, tra le « sostanze minerali » troviamo incluse quelle organiche, allorchè la loro efficacia terapeutica deve presumibilmente ascriversi ad un elemento così detto « minerale »; accodati alla cocaina troviamo alcuni succedanei sintetici di questo alcaloide, i quali ne differiscono chimicamente in tutto, salvo che nel gruppo benzoilico; ecc.

Dal punto di vista didattico riteniamo sia stato ottimo consiglio attenersi a questi criteri di opportunità.

Il Marfori ci offre un'opera di grande valore, nella quale si trova molto da apprendere. Per questo motivo si è portati a desiderare di trovarla perfetta, diremmo quasi ad esigerlo, ad essere poco arrendevoli nel valutare i tenui difetti che, per contrasto, spiccano fra i pregi non comuni di cui è ricco il trattato.

Si avverte subito, ad esempio, che le nozioni generali sono alquanto sommarie per un lavoro così scientificamente impostato.

In modo particolare l'A. accenna di fuga ai rapporti che corrono tra le azioni farmacologiche e la costituzione chimica: eppure l'accertamento di questi rapporti ha assunto molta parte nel determinare lo sviluppo della farmacologia, da Brown e Fraser a Ehrlich. Queste nozioni interessano anche il terapista che voglia essere più di un empirico. Sui principî fondamentali della chemoterapia l'A. omette persino un accenno. Su questioni singole egli è talvolta incompleto. Ad esempio, intorno alla narcosi accredita la teoria fisica di Meyer e Overton, relativa alla diversa solubilità dei narcotici nei lipoidi cerebrali e nei liquidi acquosi; ma questa teoria, a parte altre obbiezioni, non si applica all'alcool e lascia nel vago l'azione ulteriore delle sostanze attive penetrate nelle cellule cerebrali. Invece l'A. trascura la teoria chimica del nostro Baglioni la quale ha già ottenuto largo consenso (Verworn e altri); secondo essa interverrebbe la diversa attitudine dei narcotici a sottrarre l'ossigeno delle cellule cerebrali, in rapporto con la diversa loro costituzione chimica. Anche alla chimica fisica l'A. concede poco quartiere. Ad esempio, trascura di far valere in che modo la dottrina della dissociazione elettrolitica consenta d' interpretare molte azioni farmacologiche: tra l'altro la maggiore efficacia delle soluzioni di composti similari aventi uno ione in comune (come nella formola di Erlenmeyer per la somministrazione degli ioduri).

Qualche nozione complementare poteva essere forse utilmente richiamata. Ad esempio, a proposito dell'urotropina meritavano — crediamo — una menzione le ricerche batteriologiche e cliniche le quali porterebbero a far ammettere che quel rimedio si mostri particolarmente attivo nei mezzi acidi; da ciò la convenienza di somministrare anche, per ottenere la disinfezione urinaria, il fosfato acido di soda e i tentativi eseguiti per combinare all'urotropina alcuni acidi deboli incapaci di scinderla, come il metilen-citrico, il sulfo-salicilico e il canforico (elmitol, exal, amphotropin). Del resto il problema farmacologico di cui ci occupiamo non è per anco risoluto.

Il giudizio critico del Marfori è ben noto e lo porta ad escludere dalla sua trattazione alcuni medicinali fuori corso, i quali non hanno più ragione d'ingombrare la farmacologia; lo porta ad inculcare molta cautela nell'uso dei medicinali malfidi. Se mai, l'A. è piuttosto blando nei suoi apprezzamenti; egli accentua volentieri la nota ottimista, in opposizione alle tendenze forse troppo iconoclaste di alcuni odierni farmacologi.

Ad esempio, è stato praticamente utile ricordare numerose specialità farmaceutiche; ma sarebbe stato raccomandabile di mettere in guardia contro molte di esse, dai disinfettanti inattivi agli eustenici fosforati. E pur senza cedere ai pregiudizi degli astinenti, sarebbe stato giustificato revocare in dubbio il valore terapeutico dell'alcool nelle malattie infettive, poichè le ricerche cliniche e quelle sperimentali portano ormai quasi concordemente ad escluderlo.

Come accade anche ai provetti, è sfuggito all'A. qualche *lapsus calami*: ad esempio parlando delle siringhe per iniezioni.

La composizione tipografica del lavoro è molto accurata, ma per eccezione troviamo in una sola

pagina Oswald per Ostwald, Devaine per Davaine e Wricht per Wright.

Gli appunti critici che ci siamo permessi di esporre intorno a questo lavoro di lunga lena non debbono essere erroneamente interpetrati, in quanto che non ne toccano in nulla le qualità intrinseche e non menomano la nostra calda ammirazione verso l'eminente studioso che si è sobbarcato alla non lieve fatica di redigerlo. Anzi ci conferiscono la prerogativa di essere ritenuti sinceri se asseveriamo che il grandioso trattato del Marfori costituirà un vanto per la farmacologia italiana, la quale andava già debitrice a questo esimio scienziato di molti e cospicui contributi originali.

Un'atmosfera d'italianità compenetra e quasi anima tutto il lavoro.

Esso si raccomanda da sè, perchè è pieno di indicazioni utili. Risponde a i requisiti di un buon trattato. Potranno attingervi con fiducia piena, anzi assoluta, docenti, discenti, medici pratici.

L. VERNEY.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. LEVI BIANCHINI. **L'isterismo dalle antiche alle moderne dottrine.** Padova, Fratelli Drucker, editori.

Nella sua bella monografia il Levi Bianchini raggruppa dal punto di vista nosologico tutti i concetti che si sono seguiti su questa malattia dall'epoca greco-romana fino allo Charcot e tutte le trasformazioni che hanno subito le idee fondamentali cliniche e patogenetiche in questi ultimi tempi. Il lavoro è completo sotto tutti i punti di vista e le varie questioni sono trattate con competenza e da un punto di vista eminentemente critico. La conclusione a cui arriva l'A. è che l'isteria non è una psicosi: è una diatesi costituzionale ed ereditaria non nel senso però solo neuro-psicopatico, ma che abbraccia pure la eredità della sifilide, della tubercolosi, del neuroartritismo e di altre cause di minore importanza: esiste però un'isteria che insorge anche in individui senza tara, in cui una crisi biologica di crescenza o di senescenza induca gravi modificazioni endocrine e neurovasali: si tratta però in questi casi di forme lievi e transitorie. Essa dipenderebbe da un'attitudine dell'intero nevrasse e dei suoi sistemi differenziali a reagire nel senso di una maggiore dissociazione ed autonomia di fronte a stimoli patogeni o no, interni ed esterni.

P. A.

H. BERNHEIM. **L'Hystérie,** 1 vol. in-18 dell' « Encyclopédie scientifique », di pag. 450. Paris, O. Doin et Fils, éditeurs, 1913. Rilegato. Frs. 5.

Nel concetto dell'A. l'isteria non è un'entità morbosa, ma una sindrome reazionale emotiva psiconervosa che si presenta in forma di accessi, i quali si ripetono senza altri sintomi intervallari definiti, ovvero s'innestano e modellano su malattie svariate. Si sarebbe avuto il torto d'inglobare nell'isteria i sintomi di queste malattie, le quali possono bensì divenire isterogene, grazie alle emozioni od allo stato d'ansietà ch'esse ingenerano, ma i cui sintomi permangono dopo che la psicoterapia ha soppresso l'epifenomeno della « crisi isterica ». Si sarebbe avuto il torto di descrivere sotto l'etichetta d' « isteria » gl'innumerevoli dinamismi nervosi da rappresentazione mentale, cioè le altre psiconeurosi, che possono associarvisi od anche stare a sè, come l'afonia nervosa, la tosse nervosa, i vomiti nervosi, il singhiozzo nervoso, le anestesie nervose, le paralisi e le contratture psichiche, ecc. L'isteria, dice l'A., è una psiconeurosi, ma non tutte le psiconeurosi debbono ascriversi all'isteria.

È la dimostrazione clinica di questo assunto che costituisce la parte fondamentale del libro redatto dal celebre professore di Nancy.

I capitoli speciali sulle pretese stigmate, sull'isteria che simula svariate forme morbose, sull'istero-traumatismo, sui rapporti col sonnambulismo, sulla follia detta isterica, sulla psicoterapia della crisi e della « diatesi » o « costituzione psicopatica » isterica, espongono vedute personali cattivanti.

y.

Si è pubblicata in questi giorni la Relazione del Direttore generale della Sanità pubblica dottor Alberto Lutrario sui fatti principali riguardanti l'igiene nel Regno durante l'anno 1912, di cui demmo ampio resoconto nei fascicoli 3 e 28 di questo periodico. È un volume di 157 pagine, édito dalla Ditta Artero di Roma, corredato di numerosi dati statistici e di tavole intercalate e fuori testo. Esso dà un'idea del cammino percorso in tema di sanità pubblica in Italia, che ha visto coronati i diuturni sforzi degli organi cui siffatta tutela è devoluta, da risultati che possono chiamarsi brillanti, perchè riusciti a ridurre la mortalità generale e quella per le diverse malattie infettive a un tasso così basso da dar bene a sperare per l'avvenire.

Il *Policlinico,* nel segnalare il bel lavoro del comm. Lutrario, manda a questi le sue congratulazioni, con l'augurio che l'Igiene trovi sempre apostoli così fervidi e convinti.

R. B.

VARIA

I medici stranieri in Argentina. — Per potere esercitare, devono presentare il diploma di laurea col regolare visto del Ministero della pubblica istruzione e del Ministero degli affari esteri del paese d'origine.

Inoltre il diploma deve essere vistato e timbrato dal console argentino residente nella capitale della nazione d'origine.

Così legalizzato, il diploma è portato alla Facoltà medica di una delle due Università Argentine (Buenos Aires e Cordoba) perchè sia accettato, ma esso prima deve ottenere il visto del Ministero degli affari esteri in Buenos Aires e quello del Rettorato generale della Università.

Devesi presentare una traduzione legalizzata del diploma in lingua spagnuola. Come tutto ciò non bastasse si richiede la prova testimoniale sulla identità della persona. A completare tutte queste formalità si richiede l'obbligo di dare tutti gli esami, per essere ammessi ai quali bisognava pagare una tassa fino allo scorso anno di pesos 900; elevata adesso a pesos 1200 cioè a 2640 lire italiane. Bisogna iscriversi al primo anno e seguire il corso universitario come ogni altro studente.

I libri sono costosissimi e non manca una serie di tasse di laboratorio.

Nè gli esami sulle trenta e più materie obbligatorie si riducono a pure formalità, perchè le bocciature sono molto spesse.

Come si vede, il sistema di difesa adottato dalle Repubbliche Sud-Americane per impedire l'esercizio professionale dei medici stranieri è quasi proibitivo. Se le ricche e democratiche nazioni americane fanno tutto ciò per chiudere le loro porte ai medici stranieri, come e perchè noi continuiamo ad essere eccessivamente tolleranti?

(*La Vita San.*).

Per esercitare la medicina al Perù. — 1° Il medico straniero diplomato deve indirizzare al decano della Facoltà di medicina di Lima, una domanda accompagnata dal proprio diploma di medico e da un certificato di identità rilasciato dal ministro o dal console del suo paese; questi documenti devono essere dovutamente legalizzati dal Ministero degli affari esteri del Perù.

2° Deve poi versare alla Facoltà di medicina l'ammontare dei rispettivi diritti, cioè una somma di circa 2580 franchi.

3° Esso deve, nei giorni che del resto può fissare egli stesso, passare davanti il giurì nominato dal decano della Facoltà di medicina, cinque esami di lingua spagnola sulle materie seguenti:

Primo esame: *a*) Teoria: anatomia descrittiva generale, normale e patologica, fisiologia generale ed umana; *b*) Pratica: preparazione di anatomia topografica fatta sul cadavere ed accompagnata dalla rispettiva descrizione.

Secondo esame: *a*) Teoria: patologia generale e nosografia interna ed esterna; *b*) Pratica: esecuzione di una o due operazioni chirurgiche sul cadavere.

Terzo esame: Esame teorico sulla storia naturale medica e la fisica medica.

Quarto esame: Esame teorico sulla terapia, sulla medicina legale, la tossicologia e l'igiene.

Quinto esame. Esame pratico che comprende l'esame di un ammalato (medicina, chirurgia ed ostetricia: diagnosi, trattamento, storia clinica).

Gli esami sopradetti devono farsi a Lima.

(*Gazz. d. Osp.*).

Biblioteche mediche. — Le Biblioteche mediche che, per numero di volumi, meritano di essere segnalate, sarebbero, a quanto riferisce la « Gazette méd. de Paris », le seguenti:

Facoltà di medicina di Parigi	175,000 volumi
Accad. militare di Medicina di Saint-Pétersbourg . . .	170,000 »
Surgeon General Office di Washington	158,000 »
Accademia di Medicina di Parigi	100,000 »
Accademia di Medicina di Bruxelles	100,000 »
Accademia di Medicina di New-York	85,000 »
College of phys. di Filadelfia	84,000 »
Roy. College of. phys. di Edinburgo	80,000 »
Roy. Soc. of. med. di Londra	70,000 »

Longevità dei medici. — Da una statistica del « Montpellier Médical » relativa a 1732 medici di tutte le epoche che hanno lasciato un certo nome e di cui è stato facile, quindi, conoscere le date della nascita e della morte, il 37 % circa sono morti oltre i 70 anni. Questa longevità è ancora aumentata nell'ultimo secolo; infatti su 472 medici del totale sopra indicato, morti oltre il 1820, il 42 % aveva sorpassato i 70 anni.

La longevità dei medici risulta press'a poco la stessa in tutte le nazioni. R. B.

Quanti sono i sanitari in Italia. — Secondo i dati dell' « Annuario sanitario d'Italia pel 1913», testè pubblicato, l'Italia conta 26,000 medici, di cui 8000 condotti; i medici senatori sono 28 e 37 quelli deputati al Parlamento; si annoverano 820 dentisti; le levatrici raggiungono la cifra di 14,700 ed i veterinari la cifra di 3300. L. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3961) *Pensioni.* — Il Dott. A. Z. da S. G. di C. chiede taluni chiarimenti in ordine alla liquidazione della pensione da noi fatta.

Innanzi tutto è da riflettere che gli anni di servizio interinali od effettivi, prestati dopo il 1908 e prima della data di effettiva iscrizione alla Cassa, non possono essere riscattati secondo il disposto dello articolo 36 del testo unico approvato con R. Decreto 2 gennaio 1913, n. 453. Di tal che, il servizio interinale che potrebbe invocare sommerebbe a soli 18 mesi e non a 3 anni e 9 mesi. Di tale periodo di tempo non tenemmo conto nella liquidazione della pensione sia perchè i servizii interinali prestati anteriormente alla iscrizione alla Cassa non sono riscattabili, sia perchè Ella chiese l'epoca in cui poteva andare in pensione liquidando una pensione minima, ma integra, cioè dopo 24 anni e 6 mesi di effettivo servizio.

Alla stregua di tali criterii, Ella per andare in pensione deve attendere il 1922. Liquiderà le somme indicate con la aggiunta a 25 anni, di lire 80.30 per il maggior contributo pagato dal 1900 al 1608, a 26 anni, di lire 82.76 ed a 30, di lire 116.88.

(3962) *Certificati di sana costituzione fisica.* — Al Dott. Abbonato 60, che ci interpella in proposito, rispondiamo che i certificati di sana costituzione fisica sono rilasciati a pagamento anche in condotte estese alla generalità degli abitanti. Si può legalmente pretendere quanto, le locali abitudini, si paga per le visite mediche ordinarie.

(3964) *Tassa focatico.* — Il Dott. C. F. da N. desidera conoscere se come interino residente nel Comune da circa venti mesi sia tenuto a pagare la tassa focatico.

La tassa focatico colpisce tutti coloro che hanno residenza nel Comune e, quindi, anche il medico interino che, come tale, ha effettiva residenza *in loco*.

(3965) *Cura gratuita - Stabilità - Aumento di stipendio.* — Il Dott. C. S. abbonato 8255 desidera conoscere se spetti cura gratuita ai frati ed alle suore dei conventi locali; se abbia acquistata la stabilità e come deve comportarsi per ottenere un aumento di stipendio.

Ai monaci ed alle monache cui allude compete la cura gratuita essendo la condotta estesa alla generalità degli abitanti. Non monta che i singoli individui cambiano sovente residenza perchè l'obbligo è verso l'ente e non verso le persone singole che lo compongono. Ella è già stabile. Qualora il Comune la disdettasse, può impugnare il relativo deliberato presso l'autorità giudiziaria per la declaratoria del suo diritto acquisito. Per ottenere un congruo aumento di stipendio, dopo aver infruttuosamente esperite analoghe bonarie pratiche con l'Amministrazione municipale, si rivolga alla G. P. A. a' sensi dell'articolo 26 del testo unico delle legge sanitarie.

(3966) *Emigrazione - Pensione.* — Il Dott. G. N. da M. desidera conoscere se può essere obbligato dal Sindaco a rilasciare gratuitamente i certificati di sana costituzione fisica per gli emigranti e quale pensione liquiderà con 30 anni di servizio e 55 di età.

Non al medico condotto ma bensì all'ufficiale sanitario, quale funzionario con funzioni governative, può essere imposto il rilascio gratuito dei certificati di sana costituzione fisica per gli emigranti, sia perchè il rilascio di tutti i documenti occorrenti pel passaporto va essenzialmente fatto senza spesa sia perchè trattasi di un fatto compiuto nell'interesse sociale relativo alla emigrazione. Liquiderà annue lire 1280 di pensione.

(3967) *Congedo - Operazioni ostetriche.* — Il Dott. E. C. da B. S. desidera conoscere se servendo presso il Comune dallo aprile ultimo abbia diritto all'annuale congedo e se gli spetti compenso per le applicazione di forcipe.

Crediamo che bene possa esserle concesso l'annuale congedo, sia pur alquanto ridotto in considerazione della durata non ancora annuale del servizio prestato. Le applicazioni di forcipe vanno considerate come operazioni ordinarie di ostetricia.

(3969) *Esercizio abusivo dell'arte salutare - Denunzia.* — Il Dott. D. S. da N. chiamato a curare una malattia oculare per cui vi era stato precendemente intervento di un farmacista, chiede conoscere se rivestendo contemporaneamente la carica di ufficiale sanitario e di medico condotto, sia obbligato, oltre che al referto di cui all'articolo 21 del testo unico delle leggi sanitarie, anche all'altro all'autorità giudiziaria previsto dall'articolo 180 del Codice penale.

Ella ha pronunziato giudizio sulla cura oculare non come ufficiale sanitario, ma come medico libero esercente. Come tale, non avea alcun obbligo di denunziare all'autorità giudiziaria l'esercizio abusivo del farmacista, perchè l'articolo 180 del Codice penale si riferisce ai *pubblici ufficiali* ed il medico, quando anche funzioni da condottato, non è un pubblico ufficiale ma semplice professionista.

(3970) *Pensioni*. — Il Dott. E. R. da F. chiede conoscere se può iscriversi alla Cassa pensioni con decorrenza dal 1908 e se possa riscattare gli anni di servizio prestati dal 1908 al 1913.

Non è ammessa iscrizione alla Cassa di previdenza con effetto retroattivo, nè si possono riscattare gli anni di servizio prestati dal 1908 ad oggi. Se, tenuto conto del reddito dell'opera Pia, l'iscrizione non era, come pare, obbligatoria, non puossi chiedere rifacimento di danni, giacchè avrebbe dovuto Ella rendersi parte diligente per chiedere la propria iscrizione alla Cassa.

(3971) *Cura dei poveri - Medicinali gratuiti - Chinino dello Stato - Ufficiale sanitario che ha il suocero farmacista.* — Il Dott. abbonato 3648 desidera conoscere se un povero iscritto nel relativo elenco si fa curare da un libero esercente e prega il condottato di assisterlo durante l'infermità, abbia obbligo di pagare la prestazione; se un libero esercente può somministrare gratuitamente medicinali ai poveri, se può essere prescritto il chinino di Stato a persone iscritte nello elenco dei poveri e se possa esercitare le funzioni di ufficiale sanitario chi abbia il suocero farmacista esercente nel paese.

Se il povero ha pregato il condottato di assisterlo durante la sua infermità, la prestazione è gratuita perchè tale sarebbe stata anche in mancanza dello intervento del collega. Il libero esercente non può somministrare medicinali gratuiti ai poveri se non in casi di urgenza e sotto la propria personale responsabilità, salvo ratifica dell'autorità municipale. Il chinino di Stato può essere prescritto a persone iscritte nello elenco dei poveri. Non può essere ufficiale sanitario chi abbia un parente farmacista, giusta costante giurisprudenza. Per il suocero esiste del pari incompatibilità. Riscontri: parere Consiglio di Stato, Sezioni unite 9 luglio 1908; parere Consiglio di Stato, 8 ottobre 1909 e parere Consiglio di Stato del 27 ottobre 1910.

Riferisca il fatto al signor Prefetto della Provincia perchè, assunte le debite informazioni, analogamente provveda.

(3972) *Ufficiale sanitario che abbia un parente farmacista.* — Il Dott. D. C. da B. desidera conoscere le fonti della giurisprudenza da cui si deduca la incompatibilità dell'ufficiale sanitario che abbia in paese un parente farmacista.

Può riscontrare: Il parere del Consiglio di Stato del 9 luglio 1908 a Sezioni Unite; il parere del Consiglio di Stato dell'8 ottobre 1909 e quello dello stesso Consiglio del 27 ottobre 1910.

Riferisca l'inconveniente al signor Prefetto della Provincia.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ASCOLI PICENO. (*Ospedale civile « Costanzo Mazzoni »*. — Assistente medico-chirurgo, L. 120 mensili nette, abitazione, ecc. Rivolgersi alla Direzione non più tardi del 31 agosto.

BASSIANO (*Roma*). — Al 31 agosto condotta per la generalità; L. 3883.50 lorde e L. 100 quale U. S.

BELLUNO. *Manicomio Provinciale.* (Ponte nelle Alpi). — Cercasi Medico assistente con lo stipendio di L. 3000 nette, vitto e alloggio personale. Per informazioni rivolgersi alla Direzione.

*BRUGNERA (*Udine*). — Condotta; L. 5500 compreso compenso quale U. S. e indenn. cavalc. Ab. 5000. Scad. 15 agosto.

CARUGATE (*Milano*). — Condotto e uff. san.; L. 3250 nette aument., ab. 3392. Scad. 25 ag.

CASALNUOVO (*Napoli*). — Condotta pei poveri; L. 1200. Iscrizione nell'albo dei sanitarii. Prorogato al 12 agosto.

CASTAGNETO PO (*Torino*). — Condotto e uff. san.; L. 2000 lorde. Scad. 20 agosto.

CASTEL SAN PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotto per le famiglie povere; L. 1600 e L. 150 quale U. S., salvo approvazione superiore. Ab. 1306. Scad. 20 agosto.

* CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). Condotta del capoluogo, piena, e servizio ospedale. Ab. 2763, dei quali 675 agglomerati e 2088 sparsi. Supplente dei titolari delle 5 condotte e servizio ospedale. L. 200 all'U. S.; ad entrambi L. 3900 e L. 800 per mezzo trasporto. Scad. 15 ag.

CASTIGLIONE TINELLA (*Cuneo*). — Condotto; L. 1700 e L. 100 quale U. S. Scad. 31 agosto.

CHIETI. *Congregazione di Carità.* — Due posti di assistente nel reparto chirurgico dell'Ospedale civile, per laureati da non oltre tre anni. Stipendio annuo L. 1500 nette, alloggio, illuminazione, riscaldamento ed altri proventi eventuali. Nomina biennale. Scadenza 31 agosto.

CINTO COAMAGCIORE (*Venezia*). Condotto; L. 3400 per le sole fam. pov. (25 su 2949 ab.), L. 100 quale uff. san. Scad. 20 ag.

* CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Condotte di S. Lucia con residenza in città e Fraccano, Lugnano, Morra e Trestina; L. 3000 ciasc. lorde e 3 sessenni, cura piena con facoltà di limitare gli stipendi a sole L. 2250 per i soli poveri; L. 700 per mezzo trasp. Scad. 15 ag.

*FARNESE (*Roma*). — Medico per l'unica condotta e per la generalità; L. 4500 lorde e 2 sessenni, L. 200 quale U. S., non più di 45 anni s. e. r. Abit. 3110 agglomerati. Scad. 21 agosto.

FLUMINIMAGGIORE (*Cagliari*). — L. 4300, cura piena, L. 200 uff. san. Proroga 15 agosto.

*FRATTEROSA (*Pesaro*). — Condotta piena. Stipendio L. 3700 lorde, obbligo cavalcatura, L. 100 se U. S., L. 100 per armadio e L. 50 per assicurazione infortuni. Scad. 15 agosto.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie pov. 38. Scad. 31 ag.

IMOLA. (*Bologna*) *Congregazione di Carità.* — Assistente medico nell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde con diritto all'alloggio nell'Istituto. Scad. 15 agosto.

MANCIANO (*Grosseto*). — Condotta per Saturnia a tutta cura (1300 ab.); L. 3000 lorde con sei trienni del ventesimo, L. 500 per cav. e L. 180 per a. f. Scad. 30 ag.

MARA (*Sassari*). — Medico; L. 2500 lorde, obbligo di residenza. Scad. 31 agosto.

MATINA (*Lecce*). — Seconda condotta; L. 2700 lorde, con due aumenti sessennali. Scad. 20 agosto.

MODENA. *Congregazione di Carità.* — Due Medici chirurgi assistenti, di terza e di seconda categoria; L. 1200, alloggio, servizio, ecc.; L. 7 50 per ogni giorno di guardia. Titoli ed eventualmente esami Voti negli esami speciali. Documenti al Presidente entro le ore 15 del 31 agosto. Chiedere l'annunzio.

MONFORTE D'ALBA (*Cuneo*). — Medico-chirurgo consorziale; L. 1600 pei soli poveri (30 famiglie circa). Scad. 31 agosto.

MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — M. Condotto, U. S. e necroscopo; L. 1500 e conveniente alloggio, cura poveri (150 circa su 1689 abitanti). Scad. 31 agosto.

MONTALTO MARCHE (*Ascoli*). — 2ª condotta del capoluogo, L. 3000 elevabili a L. 3250 al 1° gennaio 1914, L. 500 cavallo, cura piena. Scadenza 15 agosto.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Medico chirurgo del Castello di Querceto e Sassa; L. 2700 lorde e L. 750 per cavalc., cura poveri (600 circa su 1498 ab.), non più di 40 anni s. e. r. Scad. 25 agosto.

MURISENGO (*Alessandria*). — Condotta pei poveri; L. 1200 compresovi compenso U. S. Ab. 2220. Scad. 25 agosto.

NOVARA. *Ospedale Maggiore della Carità.* — Direttore Medico Schiarimenti dall'Ammin. Proroga al 31 agosto.

PELLIO, LAINO INTELVI (*Como*). — Consorzio. Abitanti 1500; stipendio L. 3240, più L. 50 ind. uff. san., 3 sessenni. Scad. 15 agosto.

PEROSA ARGENTINA (*Torino*). — Condotta consorziale; L. 2200 nette e 4 sessenni, L. 200 se U. S., Ab. 4063 dei quali 150 a cura gratuita. Scad. 17 agosto.

PIANZANO (*Roma*). — Condotta; L. 2600 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lorde; L. 120 se uff. san. Ab. 2400. Ospedale con ambulatorio. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Scad. 31 agosto.

POGGIO RUSCO (*Mantova*). — Medico chirurgo; lorde L. 4500, indennità cavalcatura L. 600, tre sessenni. La cura è estesa alla generalità. Paese sul percorso due linee ferroviarie, in piano. Servizio in condotta od ospedale per tre anni. Si chiude il 25 agosto.

PORTO RECANATI (*Ancona*). — Condotta; probabile nomina ad U. S. con assegno speciale. Scad. 25 agosto.

RESIA (*Udine*). — Condotta libera; L. 3600 lorde, cavalc. Ab. 4671. Scad. 15 agosto.

RIO NELL'ELBA (*Livorno*). — Condotta; L. 3000 nette, ritenuta C. P., tre sessenni fino a L. 3900; parecchi proventi eventuali. Rivolgersi Segreteria. Proroga al 15 ag.

ROMANA (*Sassari*). — Medico con Monteleone Roccadoria; L. 3500 lorde. Scad. 25 agosto.

* SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Condotta piena; L. 3800 lorde, L. 700 per cavalc., L. 100 per U. S e tre sessenni del decimo. Ab. 1060. Non più di 40 anni, s. e. r. Scad. 25 agosto.

SCAPOLI (*Campobasso*). — Condotta; L. 2400 per la generalità e L. 100 quale u. s.; L. 200 aumentabili dalla Congregazione di carità. Chiedere l'avviso. Età massima 45 anni, s. e. r. Scad. 40 giorni dal 1° agosto.

SISSA (*Parma*). — Medico per Coltaro; L 3500. Scad. 20 agosto

TERDOBBIATE (*Novara*). — Condotta piena; L. 3400 lorde, 3 sessenni ed alloggio. Ab. 912. Obbligo tenuta a. f.; indennità immigrati a parte. Scad. 15 ag.

TIGNALE-LAGO DI GARDA (*Brescia*). — Condotta per la generalità; L. 3500 aument. Scad. 31 agosto.

TRADATE (*Como*). — Condotta piena con Lonate e Torba; L. 3350 lorde e tre decimi, L. 500 per mezzo trasp., compenso quale U. S.; residenza a Tradate (5000 ab., prossima a Milano). Se cognizioni chirurgiche, eventuale direzione ospedale (di prossima apertura). Scad. 31 agosto.

TRICASE (*Lecce*). — Condotta piena. Proroga al 25 agosto.

TRINO (*Novara*) — Condotta per Grangie. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 agosto.

TRIPI (*Messina*). — Condotta per la 2ª zona; L. 2600. Rivolgersi al Sindaco. Proroga al 22 ag.

VALDELLATORRE (*Torino*). — Condotta. L. 2000, L. 100 quale U. S. e L. 100 per a. f. Scad. 20 agosto.

VALLELONGA (*Catanzaro*). — Condotta per i poveri; L. 2000 al lordo di R. M., oltre L. 100 se Uff. San. Scade 20 agosto.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero.* — Due medici-chirurgi assistenti presso l'Ospitale civile. Vedi fasc. 31. Scad. 30 agosto.

ZIBELLO (*Parma*). — II riparto (Pieve Ottoville) a cura piena; L. 3000 lorde e tre sessenni; pianura; esenzione obbl. cav.; ab. 1674, di cui 774 abbienti. Scad. 15 agosto.

Causa dimissioni cercasi interino dal 1° settembre p. v. per condotta sobborgo Rimini km. 4 litorale con ville e stazione ferroviaria balneare di Miramare. Stipendio 250 mensili per soli poveri per due mesi mio carico, L. 15 al giorno per mesi successivi fino concorso nomina titolare.

Scrivere: Dott. Alessandro Bongiovanni, Rimini per S. Lorenzo.

Ufficiale sanitario assumerebbe subito interinato buone condizioni per un mese.

Scrivere Dottor Petroni in S. Lorenzo Nuovo (Roma).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Castiglione del Lago (Perugia), Lugugnano-Gropparello (consorzio) e San Pietro in Cerro (Piacenza), Prato Carnico (Udine), Castelnuovo Veronese [1° reparto] (Verona).

Revoca di diffide: Tizzano Val Parma (Parma), Ronzanico e Bianzano (Bergamo), Montegabbione (Perugia), Gropparello (Piacenza), Abbiategrasso (Milano), Piedimonte San Germano (Caserta).

Ci si comunica:

« Notifico alla S. V. che questa sezione ha diffidato il Concorso di Guarda Veneta perchè condotta piena, volendo si trasformi in libera. — Augattucci, presidente sezione di Rovigo dell'A. N. M. C. ».

« A nome del Consiglio direttivo prego far segnare con un asterisco il concorso di Castiglione del Lago (Perugia) chè per diffidato da questa Sezione A. N. M. C. Dott. Francesco Pimpinelli, segretario Sezione di Perugia A. N. M. C. ».

« Raccomandiamo ai colleghi di astenersi dal concorrere nei comuni di Castiglione del Lago e di Città di Castello, essendo i medesimi diffidati dall'Associazione. Facciamo appello alla solidarietà dei colleghi. Il presidente: A. Bolli ».

« La Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, costatato con compiacimento come il concorso per un posto di assistente del Laboratorio Medico-Micrografico, bandito in data 12 giugno u. s. dal comune di Bologna, sia andato deserto, con esemplare manifestazione di solidarietà della classe, dichiara che la *diffida* proclamata il 5 luglio u. s., s'intende espletata con successo e perciò resta revocata, riserbandosi la Federazione stessa di esaminare il nuovo bando di concorso allorchè sarà rinnovato. Per il presidente: Dott. Vittorio Rainaldi, consigliere Federale Delegato. Il segretario: dott. Giovanni Palomba ».

La Sezione di Tivoli dell'A. N. M. C. riconferma la diffida di Cineto Romano e torna ad avvertire i colleghi tutti a disertare il concorso Chi avesse concorso ritiri i documenti.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Corpo sanitario militare.

Ufficiali in servizio permanente. — Tenenti colonnelli medici promossi colonnelli medici: Testi Francesco, Bernucci Giovanni, Faralli Celestino, Sanguineti Giovanni Carlo.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Maggesi Tommaso, Pimpinelli Pietro, Santoro Giuseppe, Giani Pietro.

Capitani medici promossi maggiori medici: Martinelli Giuseppe, Licastro Giuseppe (a scelta), Catini Alpinolo, Pellerino Andrea (a scelta), Zorzoli Giovanni Enrico Luigi, Pizzocolo Ognibene Paolo, Mariani Enrico.

Tenenti medici promossi capitani medici: Conciatore Domenico, Giarrusso Gesualdo, Donati Giuseppe, Colitti Silvio, Colloca Enrico, Bertelli Enrico, De Porcellinis Carlo, Fabrizi Nicola, Frau Giuseppe.

Sottotenenti medici mobilitati in Libia promossi tenenti medici: Martinazzi Pietro, Angelico Giuseppe, Cardone Gino, Decaro Nicola, Catapano Eduardo, Cuttica Eugenio, Zanetti Giovanni, Renga Filippo, Aromando Angelo, Fanelli Vitantonio, Zuddas Silvio, Camuri Giacomo, Angelini Antonio Baccaro Benedetto, D'Ambrosio Giuseppe, Folena Umberto, Chillemi Onofrio, Cassinis Ugo Bini Domenico. Bevilacqua Antonio, Corsi Alfredo, Pedrazzi Arrigo, Maimone Dogalino, Coluccio Vincenzo, Canitano Saverio, Bianconi Riccardo, Compierchio Angelantonio, Bonaccorso Letterio, Pomo Felice, Ott Igino, Veltri Francesco.

Ufficiali in posizione di servizio ausiliario. — Tenenti colonnelli medici promossi colonnelli medici: Orlandi Giovanni, Natoli Francesco, Bile Giovanni, Puglisi Michelangelo, Destino Salvatore, Licari Vincenzo, Maccagno Giacomo, Perfetti Francesco, Piceni Giulio, Brezzi Giuseppe, Gambino Gaetano, Rizzo Michelangelo, Cedrola Giuseppe.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Cipriano Luigi, Cutrì Ferdinando, Criscuoli Nicola.

Capitani medici promossi maggiori medici: Coppola Nicola, Vespasiano Domenico, Cuoco Luigi, Castello Francesco, Marini Pio.

Ufficiali di riserva. — Tenenti colonnelli medici promossi colonnelli medici: Tempesta Luigi, De Cesare Zaccaria, Righini Pio Ettore, Atzeni Giuseppe, Malavasi Enrico, De Falco Antonio.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Abate Alfonso, Randacio Ernesto, Astengo Francesco, Tarocchi Adolfo, Delle Piane Luigi.

Capitani medici promossi maggiori medici: Marcacci Francesco, Zavanone Evasio. Lazzeri Augusto, Angelini Paroli Carlo, Tonolli Vittorio, Voghera Leone, Pandolfi Arnolfo, Pansini Gaspare, Caro Orazio, De Matteis Francesco, Benincasa Vincenzo.

Tenenti medici promossi capitani medici: Passeri Biagio, Amaturo Francesco, Ferro Florindo, Savarese Raffaele, Carlevaris Giuseppe, Bagnoli Achille, Rocca Celso, Mastrangelo Marco, Castagneri Gio. Battista, Moltisanti Carmelo, Bosi Carlo, Lagorio Maurizio, Cacozza Francesco, Magnavacchi Paolo, Renda Antonio, Spadacci Giuseppe, Argento Giuseppe, Muggio Riccardo, Giovinazzo Giuseppe.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Ufficiale: Perego Vittorio, maggiore medico.

Cavalieri: Pressacco Pasquale, colonnello medico; Boccio Salvatore e Morino Francesco, maggiori medici; Memmo Giovanni, capitano medico.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatore: Bobbio Eugenio, maggiore generale medico.

Cavalieri: Chini Gaetano e Nota Celio, maggiori medici; Pastorello Liborio, La Cava Ignazio, Martinelli Giuseppe, Licastro Giuseppe, Catini Alpinolo, Pellerino Andrea, Zorzoli Giovanni, Pizzocolo Ognibene Paolo, Mariani Enrico, Bergonzi Cesare, maggiori medici.

MANTOVA. — Il dott. Carnevalini Luigi è nominato membro del Consiglio provinciale di sanità per il triennio 1913-915.

MEDICINA SOCIALE

Sulle malattie dei ferrovieri come indice della morbosità nelle altre classi di lavoratori.

Sotto questo titolo il dott. G. Fabbri, sottocapo del servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, ha pubblicato nella *Rivista Tecnica delle Ferrovie Italiane* un articolo che per la larga messe di fatti esposti, per la sicura e chiara interpretazione di essi e per gli insegnamenti che se ne traggono, merita di essere qui largamente riassunto.

Oggi che anche in Italia comincia ad impostarsi ed a discutersi il problema delle assicurazioni sociali è veramente utile conoscere come e con quali effetti funzioni nel nostro paese un Istituto che provveda ad assistere, curare, sussidiare gli operai infermi.

L'azienda delle Ferrovie di Stato così come funziona per gli infortuni da Istituto assicuratore, anche per le malattie d'ogni altra specie si è assunto lo stesso ufficio; coi propri bilanci provvede alla continuazione della paga intiera e dello stipendio agli infermi per un periodo di tempo che varia dai tre ai sei mesi secondo le categorie degli agenti, salvi sempre, per quelli a paga, i primi tre giorni per ogni caso che non sia d'infortunio a sensi di legge o di trauma occasionato da motivi di servizio.

Oltre a ciò, anche senza tener conto della somministrazione gratuita dei preparati chinacei, e delle prime immediate cure agli infortunati, l'azienda ferroviaria di Stato provvede all'assistenza sanitaria degli agenti (meno quelli di ufficio) e nei luoghi malarici e inospiti anche delle famiglie, al rimborso per gli agenti a paga delle spese dei medicinali; somministra gli apparecchi di protesi chirurgica; concorre largamente nelle spese di spedalità e a quelle occorrenti per cure climatiche, marine, balnearie, ecc.; ed infine agisce pure da istituto di previdenza per l'invalidità precoce e per quella infermità più di ogni altra assolutamente inemendabile, la vecchiaia.

Corrisponde adunque in tutto e può essere l'azienda delle Ferrovie di Stato italiane paragonata a quelle Casse di assicurazione, che all'estero e specialmente in Germania da molto tempo e da un anno in Inghilterra, s'incaricano dell'assistenza agli infermi di tutte le malattie e di assicurare una pensione quando le sventure o gli anni rendano impossibile col lavoro sostentare la vita.

La classe dei ferrovieri così può dirsi in Italia veramente privilegiata perchè ha preceduto gli altri lavoratori nella conquista di beni dei quali nei tristi giorni della infermità e della vecchiezza nessuno dovrebbe esser privo e che purtroppo per i più degli altri lavoratori sono ancora di là da venire.

Ma per contenere nei giusti limiti la morbosità di individui che dall'astensione dal lavoro per ragione di malattia non subisce alcun danno economico, per evitare e reprimere gli abusi è necessaria l'opera di medici, che sappiano rilevare i casi fittizi di malattia e giudicare esattamente quando cessi la inidoneità al lavoro causata da una malattia, e che abbiano l'energia di affermare il proprio giudizio.

A ciò anche la azienda delle Ferrovie di Stato ha provveduto con la sapiente organizzazione di un proprio servizio sanitario.

Questo, oltre agli altri suoi numerosi compiti, svolge una mirabile azione di difesa diretta ad ottenere che del beneficio della paga o stipendio intero approfitti solo chi sia veramente infermo.

Si deve in gran parte all'azione dei medici ferroviari se la morbosità dei ferrovieri per numero di casi e per la durata media di ciascun caso sia bassa e certo inferiore alla morbosità dei ferrovieri di altri paesi, come la Germania e l'Austria, e sia anche inferiore a quella delle Società operaie di mutuo soccorso in Italia.

Dai grafici riportati dall'A. risulta che le malattie attribuite all'apparato digerente e le forme reumatiche messe insieme assorbono più che la metà dei casi di tutte le malattie. Certo non tutte quelle comprese nelle due indicate categorie hanno sempre e solo ragione nella patologia fisica; vien fatto di osservare infatti che esse diminuiscono a mano a mano che, per il controllo dei medici, viene ridotto il numero complessivo dei casi, e viceversa sono esse che aumentano quando avvenga l'opposto.

Non è però da escludere che il genere particolare di vita, al quale certe categorie di ferrovieri sono costrette, possa favorire l'insorgere delle malattie addominali e reumatiche: ma non si può fare anche a meno di osservare che il lavoro ferroviario dovrebbe prestarsi del pari allo sviluppo delle malattie acute dell'apparecchio respiratorio, che invece si mantengono con quelle del ventre e con le reumatiche in un rapporto costante molto più basso di quello che comunemente soglia avverarsi nella grande massa della gente. Sorge al proposito legittimo il sospetto che le affezioni dell'albero respiratorio siano meno frequenti perchè facilmente accertabili. La esperienza di molti anni ha dimostrato che non esistono malattie esclusive dei ferrovieri, non esiste cioè una patologia ferroviaria.

Ma è pur certo che i disturbi dell'apparecchio digerente s'incontrano più frequenti nel personale viaggiante: e ciò si deve verisimilmente al fatto

che gli agenti di questa specie devono più spesso degli altri mangiare fuori di casa, facendo uso prevalente di cibi freddi e grossolani, senza nessuna regolarità nei pasti e non di rado indotti ad ingannare gli stimoli dell'appetito con l'uso, se non con l'abuso, di bevande alcooliche di pessima qualità.

A giudicare dal genere di lavoro cui sono addetti gli agenti di fatica delle stazioni, dei depositi e dei magazzini si dovrebbe legittimamente prevedere in questo personale una morbosità maggiore di quella del corrispondente personale di concetto e ordine certamente meno esposto ad ammalarsi; ma la percentuale dei casi di malattia è in questo personale più alta che in quello.

Si deve perciò ritenere che alla produzione di questo fenomeno debba avere concorso qualche elemento perturbatore, non compreso tra quelli della comune patologia e che è facile riconoscere nel fatto, che il gruppo, il quale figura di ammalarsi di più, mentre dovrebbe essere l'inverso, è costituito esclusivamente da agenti a stipendio, che nulla del loro emolumento rimettono nei primi tre giorni di ogni caso di malattia; mentre l'altro gruppo, quasi in totalità composto di agenti a paga, non gode di tale beneficio, e quindi è sottratto alla tentazione, alla quale il primo può essere indotto più facilmente.

E che qualcuna delle infermità, attribuite agli agenti, meno per l'indole del lavoro esposti ad ammalare, non abbia gran parte nella patologia fisica, è confermato dal fatto che nelle due categorie di agenti ora paragonate la durata media di ciascun caso è più bassa in quegli agenti che figurano di ammalarsi di più. È questo l'indice che fra i numerosi casi di malattia se ne infiltrano molti di breve durata, effimeri o inconsistenti.

Una morbosità molto genuina presentano gli agenti addetti al mantenimento ed alla sorveglianza delle linee; questi per il fatto che sono nella quasi totalità retribuiti a paga, per il fatto che si trovano disseminati nella campagna, lontani dai centri, sono meno degli altri tentati a sottrarsi al lavoro.

Ed in questa categoria di agenti, la percentuale dei casi di malattia è la più bassa che per altre categorie di personale, ad eccezione di quello degli uffici, per il quale la morbosità figura ancora più bassa unicamente per il fatto che la maggiore parte dei casi non viene constatata dai medici.

Anche gli operai che fruiscono del cottimo presentano una morbosità genuina. In una officina della rete si è verificato questo fatto rivelatore, che la morbosità crebbe a dismisura appena si credè di dovervelo abolire e tornò normalissima subito dopo che il cottimo vi fu riammesso.

Ad ogni modo il numero totale dei casi di malattie comuni nel personale delle ferrovie è andato negli ultimi anni gradatamente diminuendo fino a raggiungere il numero che si aveva quando agli agenti malati non venivano corrisposti tutti quei benefici dei quali attualmente godono.

D'altra parte, come si è detto, la morbosità dei ferrovieri italiani è inferiore a quella dei ferrovieri di altri paesi, e di altri operai ascritti ad associazioni di mutuo soccorso e che godono in casi di malattia di vantaggi anche inferiori a quelli goduti dai ferrovieri.

Se si considera che ogni anno in media 3,875 agenti che si denunziano malati non vengono tali riconosciuti dai medici ferroviari, non si può nè si deve disconoscere che il merito di avere contenuta la morbosità dei ferrovieri in limiti tanto ristretti spetta al servizio sanitario.

D'altra parte anche la morbosità per infortuni sul lavoro degli agenti ferroviari, mercè l'opera del servizio sanitario, resta nel suo complesso e per le sue conseguenze meno dannosa di quella che si riscontra negli operai iscritti a quel grande Istituto italiano di assicurazione, che è la Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro. Difatti, se bene nelle ferrovie le occasioni d'infortunio siano così facili, la percentuale dei casi su 1000 agenti, da considerarsi operai in forza della legge, è di 156.56, mentre presso la Cassa Nazionale è di 175.30; e il rapporto delle inabilità permanenti, che nei ferrovieri è dell'1.39 su 100 infortunati, per la Cassa Nazionale sale al 4.04 %; e ciò non si attribuisca ad una supposta minore gravità relativa degli infortuni nei lavoratori ferroviari, poichè in essi si ha su 100 infortuni la mortalità del 0.56, mentre questa non è che del 0.46 su 100 infortuni denunziati alla Cassa Nazionale. Ed una differenza poi che in modo speciale merita di essere rilevata, anche perchè serve meglio a valutare l'opera prudente, serena e sicura dei medici ferroviari, è quella riferentesi alle citazioni giudiziarie, dirette a raggiungere più vantaggiosi indennizzi, le quali sono solo del 6 % sulle liquidazioni fatte dai sanitari delle ferrovie, mentre salgono al 14 % per quelle eseguite da medici di fiducia della Cassa predetta.

Nè il confronto di cui si è fatto cenno, perde valore dalla esiguità, per parte delle ferrovie, delle cifre fondamentali onde i rapporti sono tratti, poichè se la Cassa Nazionale può contare in media all'anno 450,000 assicurati, non meno di 120,000 ne contano le ferrovie dello Stato, funzionanti per proprio conto, come la legge consente, da Istituto assicuratore; e se rasentano gli 80,000 gli infortuni facenti capo alla prima, non sono di molto inferiori ai 20,000 quelli cui devono provvedere le seconde.

Certo anche nelle ferrovie i difetti, non ancora riparati, della benefica legge sugli infortuni degli operai, sono sfruttati con malizia sopra tutto ad opera di una ignobile coalizione di sanitari e di causidici procaccianti, ma è pur certo che nelle ferrovie il male è stato contenuto in limiti più ristretti.

L'azienda delle Ferrovie Italiane dimostra così con i fatti, come anche nel nostro paese sia possibile l'attuazione di provvide leggi sulle assicurazioni obbligatorie contro le infermità degli operai.

L'applicazione di tali leggi può essere possibile e non disastrosa economicamente, solo quando gli abusi e le frodi sieno del tutto eliminate, o ridotte al minimo possibile, e ciò non potrà ottenersi che con una perfetta organizzazione sanitaria.

I medici ferroviari hanno dimostrato di sapere assolvere il mandato loro commesso ed il Paese dovrà ricordarsi di essi il giorno in cui si accinga a risolvere il ponderoso problema delle assicurazioni obbligatorie contro le malattie e la forzata disoccupazione nelle sue classi lavoratrici.

DRAGOTTI.

LETTERE DA PARIGI

Responsabilità del medico che si rifiuta di prestare il soccorso richiesto. — In un comune presso Parigi un coltivatore riceve un colpo di coltello all'addome con fuoriuscita degli intestini. Membro di una società di mutuo soccorso il coltivatore manda a chiamare il medico della società, la sera stessa poco dopo l'accidente. Ma, il medico non viene che l'indomani verso mezzogiorno, fa un impacco umido all'acqua bollita e se ne va senza più tornare. Un altro medico chiamato a visitare il ferito qualche giorno dopo tenta un'operazione *in extremis* senza successo.

La vedova citò il primo medico al pagamento di una indennità di 10 mila fr. e una rendita di 500 franchi per anno per ciascuno dei figli.

Il Tribunale di prima istanza condannò il medico a 1100 franchi d'indennità e un soccorso di 75 franchi all'anno per ciascuno dei figli. Avendo il medico interposto appello la Corte lo ha assolto dalla responsabilità civile rimandando la vedova senza nessun indennizzo.

Tuttavia i *considerando* della sentenza sono di una grande severità per l'atto inumano compiuto dal medico:

« Considerando che il medico ha avuto il torto di non accorrere la sera stessa al letto del ferito, ch'egli si difende invano dicendo che non conosceva il comune per dirigersi verso la casa del ferito, giacchè avrebbe potuto facilmente chiedere e ottenere le indicazioni necessarie, e ch'egli ha mancato a un imperioso dovere d'umanità, lasciando senza cura, durante tutta la notte un uomo la cui ferita poteva produrre la morte...

Considerando che dopo aver visitato il ferito l'indomani mattina alle 11 ha commesso una colpa che può renderlo responsabile per averlo abbandonato senza prevenire la famiglia del suo abbandono...

Ma d'altra parte considerando che non è scientificamente provato che il malato sia morto per il solo fatto delle mancate cure del medico, malgrado che la condotta di questi sia stata oltremodo riprovevole, pur tuttavia egli non può essere passibile di una condanna ».

Aviazione e soccorsi ai feriti in guerra. — Il deputato Reymond, medico, aviatore e legislatore, ha esperimentato durante le manovre l'aiuto che può dare l'areoplano nella ricerca dei feriti e ha tenuto su tale soggetto una conferenza nei giorni scorsi.

La ricerca dei feriti in aereoplano non è difficile, sopratutto se il ferito udendo il rumore del motore può agitare un oggetto qualunque per attirar l'attenzione dell'aviatore. Questi condurrà di preferenza un biplano da dove si può percorrere più facilmente il suolo sottostante collo sguardo. L'aeroplano di corpo d'armata scenderà poi in un luogo convenuto presso il direttore di sanità che avrà a disposizione delle automobili. L'aeroplano potrà anche servire a trasportare rapidamente degli oggetti di medicatura. La facilità colla quale si può percorrere tutto un fronte di battaglia in pochissimo tempo e osservare i più piccoli particolari del terreno rende l'aeroplano sanitario assolutamente indispensabile nelle guerre future.

Come si propaga il tifo. — Nella seduta del 24 giugno all'Accademia delle Scienze Roux presentò un lavoro di grande importanza epidemiologica dei dottori Trillat e Fouassier. Secondo questi due scienziati, data la facilità con cui può trasmettersi il germe del tifo, il latte ha una parte più considerabile di quel che si è creduto fino ad ora nella propagazione dell'infezione. Secondo i due autori precitati aggiungendo all'acqua una quantità così piccola di bacilli di Eberth che non se ne possa più sospettare l'esistenza coi metodi ordinari di analisi batteriologica, si riesce tuttavia a coltivar i germi versando un po' di detta acqua nel latte. Lo sviluppo non si avverte affatto durante le prime ore, poi bruscamente in pochi minuti i germi si moltiplicano senza che il gusto del latte e la sua composizione ne siano alterati in modo sensibile.

Il latte può a sua volta contaminare l'acqua e così il ciclo di vitalità del bacillo di Eberth è assicurato in modo assoluto.

Denuncia obbligatoria della tubercolosi. — Finalmente dopo una discussione durata parecchi mesi, nella seduta del 1° luglio l'Accademia di Medicina ha detto l'ultima parola sul dibattito.

Cinque proposizioni furono presentate:

La prima riproduceva le conclusioni della Commissione della tubercolosi, che chiedevano la denuncia obbligatoria delle tubercolosi aperte.

La seconda era una modificazione della prima, presentata da Roux, Vaillard, Landouzy e Richet.

La terza era la proposizione del dott. Duquet che dichiarava la denuncia obbligatoria desiderabile ma inopportuna.

La quarta di Leroboullet e Laveran chiedeva lo *statu quo*.

La quinta infine del dott. Albert Robin era contraria alla denunzia.

La proposizione adottata è la seconda ed essa suona come segue:

1. L'interesse pubblico esige che tutti i casi di tubercolosi bacillare aperta siano denunziati d'obbligo, appena stabilita la diagnosi

2. La denunzia sarà inviata a un medico ufficiale, tenuto al segreto professionale, che provvederà all'esecuzione delle misure di profilassi, se esse non furono già prese dal medico curante.

3. La denuncia comporta l'obbligo da parte dei pubblici poteri di porgere ai tubercolosi indigenti le cure che il loro stato reclama e l'assistenza alle loro famiglie.

4. (Proposizione aggiunta del prof. Widal). Al momento della costruzione di ogni ospedale nuovo in territorio francese dei padiglioni isolati saranno riservati per accogliere i malati di tubercolosi aperta, in proporzione alla popolazione di soccorso dell'ospedale stesso ».

Questo è dunque il parere dell'Accademia di Medicina. Resta ora a vedere quale sarà la condotta tenuta dal Parlamento e dal Governo circa l'accoglimento o meno di tali consigli in un progetto di legge. Certo la questione della denuncia della tubercolosi è complessa e grave. Ma la Francia non è la prima nazione che sia entrata in questo ordine di idee. In Inghilterra la denunzia è obbligatoria da circa due anni e tutti sono di accordo per dichiararsene soddisfatti. In un paese come l'Inghilterra il culto della libertà individuale è spinto fino al suo limite massimo compatibile colla libertà collettiva, cosicchè la vaccinazione antivaiuolosa stessa non è obbligatoria. (Bisogna tuttavia aggiungere che il numero dei vaccinati contro il vaiuolo, *volontari*, è superiore di molto al numero dei vaccinati per obbligo nei paesi in cui la vaccinazione è obbligatoria). Or dunque se in Inghilterra la denunzia obbligatoria contro la tubercolosi esiste, bisogna dire che tale disposizione può essere applicata senza troppo danno. Nessuno impedisce infatti di togliere alla pratica della disinfezione ogni apparato solenne e ingombrante per ridurla alla più semplice espressione di utilità e di protezione. Il tubercoloso povero è segnalato discretamente all'autorità perchè egli sia sorvegliato nel miglior modo possibile e messo in istato di non nuocere nella maniera migliore per lui e per gli altri, fornendolo cioè non solo della assistenza medica e dei medicinali, ma sopratutto, di aiuti in denaro, in buoni di soccorso alimentare, di biancheria, di letti, di tutto quello insomma che manca in genere al tubercoloso povero e che lo rende sovente così pericoloso, non solo materialmente ma anche moralmente, verso la società contro la quale egli si ribella.

La Francia perde per tubercolosi 22 abitanti all'anno su 10,000 e giustamente si preoccupa di questo stato di cose.

Ma l'Italia anch'essa perde un numero rilevante di tubercolosi all'anno e sarebbe giusto che anch'essa si preoccupasse di combattere questo flagello nel modo migliore.

Il sole uccide i germi della tubercolosi e sotto questo riguardo il nostro paese è più favorito degli altri, ma importa ancora che il sole giunga nei tuguri dei poveri e i suoi raggi penetrino fra i cenci, importa che gli organismi siano alimentati in modo sufficiente, che non siano sopraffatti da un troppo intenso lavoro nelle officine e negli opifici, importa anche da noi che il tubercoloso venga conosciuto e curato amorosamente e soccorso e messo discretamente in condizioni di non nuocere accrescendo la sua resistenza organica e mettendo ostacolo al propagarsi dei germi che egli semina intorno a lui. Una sputacchiera di cartone da bruciare ogni settimana, un sacco per raccogliere la sua biancheria, un letto per farlo dormire solo, un po' di carne per alimentarlo meglio e in pochi anni i nostri tubercolosi sarebbero discesi almeno alla metà della metà...

La vaccinazione antitifosa nella marina. — Una circolare del Ministro della Marina in data 5 luglio, rende noto che dal momento in cui la vaccinazione antitifosa *facoltativa* è stata autorizzata nella marina, cioè dal 5 aprile 1912 sono stati vaccinati 3652 marinai e mai si è avuto a constatare il più piccolo incidente. Le reazioni locali e generali non hanno sorpassato il livello normale e *nessuno* dei vaccinati ha contratto l'infezione. Mentre il Ministro richiama l'attenzione del personale della marina su tali risultati, invita i medici a esporre in conferenze l'efficacità e l'innocuità della profilassi vaccinale del tifo.

Parigi, 15 luglio 1913. Dott. GOD.

NOTIZIE DIVERSE

VIII Congresso nazionale della Società italiana di pediatria.

Si adunerà in Bologna dal 20 al 26 settembre 1913.

Le tre relazioni sono così distribuite: 1. Le malattie della nutrizione del lattante al seno (relatori proff. Francioni e Spolverini). 2. Le ghiandole a secrezione interna (relatori proff. Cattaneo e Simonini). 3. La vaccinazione Jenneriana (relatori proff. Berti e Gagnoni).

In una delle sedute pomeridiane avrà luogo l'adunanza dei rappresentanti della Lega nazionale di protezione per l'infanzia.

L'importanza del Congresso appare dal programma. In occasione del Congresso verrà ufficialmente inaugurato il nuovo grandioso ospedale dei bambini. Avranno anche luogo una gita a Modena e Salsomaggiore ed una a Ravenna e Rimini, per la visita di quelle Istituzioni ospedaliere e climatoterapiche, destinate all'infanzia. Gli aderenti avranno diritto agli atti del Congresso.

La quota di adesione, fissata tanto per gli aderenti come per le loro signore, sarà di lire 10, da inviarsi per cartolina vaglia al Comitato ordinatore - composto dei proff. G. Berti e M. Pincherle e dal dott. A. Reggiani (Clinica pediatrica di Bologna) - al più presto possibile e non mai più tardi del 20 agosto, a fine di potere inviare il programma definitivamente particolareggiato del Congresso, le carte relative alle riduzioni di viaggio e le indicazioni delle facilitazioni di soggiorno e di alloggio, con preghiera di unirvi, a disbrigo maggiormente rapido delle incombenze relative, una dichiarazione d'intervento o meno, e della eventuale partecipazione delle signore.

Riunione internazionale di talassoterapia.

Nell'aprile 1914 è indetta a Cannes una « Riunione internazionale di talassoterapia », sotto la presidenza onoraria di S. A. S. il principe di Monaco.

Ne sarà presidente d'Arsonval, professore al collegio di Francia, membro dell'Istituto e dell'Accademia di medicina; ne sarà vice-presidente il dott. Faisans, medico dell'ospitale Beaujon.

Gli argomenti delle relazioni proposte dal Comitato d'organizzazione e di patronato scientifico sono: 1° Natura delle radiazioni solari a livello del mare e mezzi per misurarle; 2° L'actinometria e la climatologia nei loro rapporti con l'elioterapia marina; 3° Azione fisiologica della elioterapia marina sulla nutrizione; 4° Posologia dell'elioterapia marina; 5° Elioterapia marina nei tubercolotici; 6° Elioterapia marina nelle tubercolosi pleuro-polmonari ed adeno-mediastiniche; 7° L'elioterapia marina nelle tubercolosi addominali; 8° L'elioterapia marina nelle affezioni non tubercolari.

L'azienda del chinino di Stato.

Dall'azienda del chinino di Stato si sono ottenuti, per l'esercizio 1911-912, i seguenti risultati: entrata accertata lire 2,827,243.25, della quale lire 2 679,930.84 rappresentano il prodotto lordo della vendita del chinino, e lire 147,312 41 i proventi diversi ed accessori; spesa complessiva per l'acquisto dei sali di chinino, materiale mobile, ingredienti ed articoli diversi, oneri di lavorazione e condizionatura dei prodotti, spese per i servizi di deposito e di vendita, aggio agli uffici di vendita ed ai rivenditori lire 1,907,480.81. Ne consegue il beneficio netto di lire 919,762 44, con un aumento di lire 76.449.50 su quello dell'esercizio 1910 911.

Siffatto utile netto è il più elevato fra quelli fin qui conseguiti dall'istituzione dell'azienda, ed il suo incremento è fondamentalmente dovuto al prezzo favorevole della materia prima e alla ingente vendita di preparati chinacei fatta ai Governi esteri.

Il beneficio netto di lire 919,762.44 è stato, a norma di legge, trasferito al fondo destinato a combattere le cause della malaria. Tale fondo, dopo le elargizioni fatte in sussidi e premi durante l'esercizio, presentavano, al 30 giugno 1912, un disponibile di lire 1,485,954.29. Le concessioni disposte sul detto fondo nell'esercizio 1911 912 oltrepassando di lire 69,697.89 quelle dell'esercizio precedente, ammontarono a lire 932,790.90 suddivise come appresso:

Lire 220,060.90 di sussidi in preparati chinacei; lire 709.370 di sussidi in denaro, cioè per 433,570 lire ai Comuni in rimborso di spese straordinarie non obbligatorie da essi sostenute nella campagna antimalarica precedente; per lire 60,000 alle prefetture di Cagliari e di Sassari pel servizio straordinario antimalarico in Sardegna; per lire 205,000 alla Croce Rossa italiana per la campagna antimalarica nelle paludi Pontine, nell'Agro romano e nella Sicilia; e per lire 10,800 a quattro Congregazioni di carità e ad un ospedale; lire 3360 di premi in denaro per incoraggiare la difesa meccanica delle abitazioni contro le zanzare malariche.

Nell'esercizio in esame, pur senza ricorrere a rinforzo di personale, nè ad applicazione di orario straordinario di lavoro, si sono prodotti chilogrammi 35,605 di preparati chinacei e se ne sono condizionati chilogrammi 34,858 per provvedere al fabbisogno dello smercio, accresciutosi in seguito alle rilevanti ordinazioni dei Governi esteri, ed a quelle dei privati esportatori, nonchè alle straordinarie richieste del Ministero della guerra.

I processi di fabbricazione dei prodotti non hanno subito variazioni degne di speciale rilievo. Sul conforme parere del Consiglio superiore di sanità, si sta studiando il modo di estendere la produzione di tabloidi friabili, che riescono di più facile e pronta assimilazione. Sono pure in corso di esame altre proposte per migliorare alcuni prodotti ed accrescerne l'assortimento, specialmente per la vendita in Italia dei « cioccolatini di chinino » indicati per la terapia pediatrica. L'azienda stessa già da qualche anno li prepara e li fornisce ai Governi di Grecia e di Bulgaria.

L'esito dei preparati chinacei, che nell'esercizio antecedente era risultato in complesso di chilogrammi 30,208,446, è cresciuto durante l'esercizio finanziario 1911-912, di chilogrammi 6,798.975.

La media di consumo è risultata di grammi 545 per ogni mille abitanti, ed è stata superata in 23 provincie.

Di fronte alla permanenza della infezione malarica, il consumo del chinino del Regno ha subito una sensibile diminuzione.

E' questo, dice la relazione, un fatto nuovo meritevole della più premurosa attenzione del Governo per esaminare se convenga adottare nuovi provvedimenti legislativi, atti a dare mag-

giore impulso alla lotta contro la malaria mediante l'uso del chinino di Stato, nell'intento di portare a compimento l'auspicata rigenerazione sanitaria.

Il Consiglio superiore di sanità per il triennio 1913-1915

è stato costituito come segue: proff. G. Baccelli, C. Golgi, A. Tamburini, A. Di Vestea, A. Maggiora, V. De Giaxa, N. Badaloni, F. Santini, F. Todaro, A. Carle, E. Paternò di Sessa, P. Spica-Marcataio, N. Lanzillotti Buonsanti, S. Baldassarre, F. Faelli, G. Koerner; dottori: L. Zambelletti, E. Di Broglio; ingegneri: C. Losio, P. Piacentini; avvocati: U. Comandini, C. Inghilleri, C. Gori.

La Cassa per gli infortuni sul lavoro.

In occasione del 30° anniversario della istituzione della Cassa nazionale per gl'infortuni degli operai sul lavoro, il ministro dell'agricoltura, industria e commercio, on. Nitti, si è recato a visitare i nuovi locali dell'Istituto.

Il presidente ringraziò il ministro e tracciò il cammino compiuto. L'on. Nitti rispose rilevando i còmpiti che spettano alla Cassa nazionale infortuni. Aggiunse che la riforma della legge infortuni, attualmente allo studio e che il Governo si propone di presentare al Parlamento alla ripresa dei lavori, provvederà ad estendere l'assicurazione ai lavoratori della terra e migliorerà l'ordinamento dell'assicurazione per rischi industriali.

Il prof. Murri.

E' stato felicemente operato dal prof. G. B. Schiassi. Assisteva all'operazione il senatore Novaro.

Al sommo Maestro della medicina italiana rinnoviamo i nostri più sentiti auguri.

Il dispensario antitubercolare bresciano.

Si è tenuta l'assemblea annuale del Comitato amministrativo. Il presidente dott. A. Magrassi ha riferito sull'andamento dell'istituzione durante il 1912, rilevando che il progresso costante dell'Opera ha permesso la fondazione della colonia profilattica infantile e ora l'ha messa in grado di chiedere al Governo la erezione in Ente morale. Furono approvati il conto consuntivo pel 1912, il preventivo pel 1913 e lo statuto fondamentale da sottoporre ai voti del Consiglio comunale e provinciale e dell'autorità tutoria.

Istituto Pro-lattanti di Mantova.

È stato eretto in Ente morale l'*Istituto Prolattanti* di Mantova. Tale istituto provvede: 1° all'Assistenza della maternità con *a*) consultazioni per gestanti; *b*) soccorsi a gestanti e puerpere: *c*) refezioni a madri povere lattanti: 2° alla Protezione della prima infanzia con *a*) asili per lattanti poveri; *b*) asilo per slattati (poveri ed abbienti); *e*) dispensario (ambulatorio medico quotidiano, consultazioni settimanali per madri e bambini lattanti, raccolta e distribuzione del latte); *d*) vigilanza igienico-sanitaria dell'allattamento mercenario; *e*) scuola teorico-pratica per bambinaie.

È sorto per iniziativa di due medici condotti (dottori Morozzi e Soncini) e si è ormai affermato con numerose attestazioni di plauso e benevolenza.

Recentemente hanno offerto: lire 25,000 il dottore Annibale Norsa e lire 30,000 l'ing. Adolfo Viterbi.

L'Amministrazione dell'Istituto è lieta di rendere pubblico l'atto illuminato dei munifici benefattori.

Associazione di propaganda per la vigilanza igienico-sanitaria.

Si è costituita a Milano per iniziativa di un gruppo di benefiche dame. Ha un vasto programma.

Propaganda igienica.

Il dott. Bonanome Giuseppe, condotto a Frascati (Roma), ha tenuto in quelle scuole rurali sette conferenze d'igiene dal novembre all'aprile.

Il dott. Sbrozzi Marcello, condotto a Genzano, sta svolgendo colà un ciclo di conferenze igieniche.

Il dott. Polidori Giovanni, segretario del Comitato di propaganda igienica dell'A. N. M. C. per la provincia di Perugia, ha tenuto tre conferenze all'Università popolare di Perugia. Altre conferenze hanno avuto luogo nella città e nella regione da parte dei dottori Zannetti Zeno, Veronesi Alfredo, Pernossi Leone, Grifi Guglielmo.

La condanna d'un medico rumeno.

Il tribunale di Roma ha giudicato in contumacia il rumeno Pompilio Rubescu, che esercitò a Roma la professione di medico senza essere inscritto nell'albo di classe e senza aver fatto registrare il diploma di laurea nell'ufficio sanitario comunale.

Al Rubescu è stata inflitta l'ammenda di cento lire.

Il Consiglio dei medici si era costituito parte civile con l'assistenza dell'avvocato Selvaggi.

Sosteneva la pubblica accusa il cav. Rubbiani.

Fatto tragico in un manicomio.

Nel manicomio di Villaciara (Cagliari) un demente ne assalì di notte un altro il quale stava questionando con un compagno e lo strozzò. Un infermiere accorso non potè impedire la strage.

Un apostolo dell'antialcoolismo.

Durante tutto il passato giugno ha percorso la Svizzera, con un ciclo di conferenze che dappertutto hanno levato grande entusiasmo, il francescano coloniese P. Elpidio, grande apostolo dell'antialcoolismo. I giornali lo chiamano il Pier l'Eremita dell'astinenza.

Un successo straordinario ottenne P. Elpidio in Zurigo. « Mai — scrivono le *Neue Zürcher Nachrichten* — ebbe un frate nella nostra città simile uditorio nè mai simile successo ». La conferenza ebbe luogo nella grande Stadthalle: duemila persone v'intervennero, la maggior parte protestanti di ogni classe sociale, con buon numero di pastori e moltissimi socialisti. P. Elpidio parlò per oltre un'ora commovendo e convincendo. Il suo accento è irresistibile. Frutto della conferenza, novecento iscrizioni alla Lega della astinenza. (*L'Avv. San.*).

Rassegna della stampa medica.

La Liguria Med., 1 mag. VIDONI. « Il primo esperimento di « no-restrait » assoluto in Liguria ».
Brit. Med. Journ., 3 mag. SNAW. « Pro e contro la tubercolinoterapia ». — HOLROYD. « Sulla prognosi della tubercolosi polmonare ».
Le Scalpel, 4 mag. DOSSIN. « L'adenopatia tracheobronchiale tubercolare latente nei fanciulli ».
Mediz. Klin., 4 mag. SCHUSTER. « Le forme abortive della tabe dorsale e delle altre neuropatie sifilogene ». — BLAU. « Natura e trattamento della dismenorrea ». — MÜNZER. « I preparati dell'oppio ».
Journ. d. Prat., 3 mag. RÉNON. « Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare ».
Riv. crit. di Clin. Med., 3 mag. BASILI « Si di una nuovissima e facile siero- ed emo-reazione ».
Berl. Klin. Woch., 5 mag. ERLENMEYER. « Sulla cura dell'epilessia ». — BOENCKE. « La canfora nelle infezioni batteriche ». — KLINKERT. « Il ricambio colesterinico ». — SPÄT. « L'influenza dei leucociti sull'anafilassi »
Galicia Méd., mag. NÓVOA. « I riflessi viscerali ».
La Rif Med, 3 mag. MAGGIORE. « Sulle sclerosi cerebrali ».
Münch. Med. Woch., 6 mag. SEHRT. « L'etiologia tireogena delle metropatie emorragiche, ecc. ». — GEBB. « Chemoterapia delle infezioni diplobacillari dell'occhio ».
Allg. Wien. med. Zeitung, 6 mag. POLLAK. « Sulle " mutazioni " dei batteri ».
La Prov. Méd., 3 mag. AUDRY. « Dispareurie vulvo-vaginali (vero e falso vaginismo). — ROUBIER. « Pneumotorace doppio in un tubercolotico ».
The Amer. Journ. of the Med. Sciences, mag. LYLE. « Tubercolosi e carcinoma combinati dello stomaco ». — MYERS e FINE. « Il metabolismo nella pellagra ».
Med. Record, 3 mag. POLLITZER. « Il dileguare della parasifilide ». — KAHN. « Oftalmoscopia post-mortem »
The Journal A. M. A., 3 mag. SLEYTER. « Il fisico dei criminali ». — SUTTON. « Il micetoma in America ».
Il Cesalpino, 1 mag. BRANDINO. « Rara lesione del cuore; traumatologia forense ».
Rev. del Circ. Méd. de Córdoba, 3-4. DUCCESCHI. « Parassitologia comparata del sangue ».
Rev. del Circ. Méd. Argentino, apr. ALFARO. « Gli errori diagnostici ».
La Sem. Méd., 7 mag. v. BEHRING. « Nuovo metodo preventivo contro la difteria ».
Wien. Klin. Woch., 8 mag. v. KUTSCHA. « Cura operativa e conservativa nelle ferite da punta del polmone ». — POINDECKER. « Alterazioni dell'ipofisi nell'acromegalia ». — SALAGHI. « Azione della ginnastica medica sulla circolazione ».
Gazz. d. Osp., 8 mag. GALLI. « La pollachiuria in alcuni stati morbosi e la sua patogenesi ».
Deut. Med. Woch., 8 mag. v. BEHRING. « Nuovo metodo di protezione contro la sifilide ». — UHLENHUTH. « Infettività del latte di sifilitiche ». — QUECKENSTEDT. « L'anemia perniciosa ». — PLESCH. « Sull'enfisema ».
Derm. Woch., 10 mag. POLLITZER. « La fine della parasifilide ».
Zbl. f. Chir., 10 mag. GELINSKI. « Sulla tecnica per la resezione dello stomaco e dell'intestino ».
Zbl. f. inn. Med., 10 mag. SCHÉE. « Il nuovo nella terapia del morbo di Basedow ».
Die Ther. d. Gegenw., mag. LÜTHYE. « La cura del diabete con clisteri di zucchero ». — SCHREIBER. « L'emostasi interna mediante iniezioni endovenose di zucchero ».
Gazz. Med. It., 8 mag. ZUCCOLA. « Antagonismo fra capsule surrenali e pancreas e suo valore diagnostico ».
Lucina, 1 mag. CALDERINI. « Diagnosi di gravidanza ».
Bull. de l'Ac. de Méd., 6 mag. POZZI. « Nuove esperienze di A. Carrel sul connettivo ».
Rev. de Chir., 10 mag. BÉRARD e ALAMARTINE. « Tecnica della digiunostomia ». — POTEL e VEANDEAU. « La chirurgia dei tumori del rachide e del midollo ».
Rev. de Méd., 10 mag. ROCQUE, CHALIER e NOVÉ-JOSSERAND. « Sulle cirrosi pigmentarie ». — ROUBIER. » Il pneumotorace tubercolare ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 17 agosto 1913 Fasc. 33

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI SCHIO.

La piloropessia intra-parieto-muscolare quale nuovo metodo di esclusione pilorica nella gastroptosi con gastroectasia

per il dott. CARLO MARIANI, chirurgo primario, docente di medicina operativa.

Nella gastroptosi i metodi noti di fissazione del ventricolo al peritoneo parietale (Depage, Duret, Rowsing, Dawis, Bier, Gelpke, Weiss), quelli di sospensione per mezzo del legamento epato-gastrico direttamente (Beya, Stengel, Eve), o coll'intermezzo del fegato mediante l'epatopessia (Treves, Terrier ed Hartmann) non hanno dato risultati nè concordi, nè soddisfacenti. Questi risultati potrebbero poi ritenersi ancora peggiori là dove alla gastroptosi si associa la gastroectasia, ciò che non è difficile dato il deficente svuotamento dello stomaco.

In questi ultimi casi la gastro-enterostomia (proposta ed eseguita la prima volta da P. Ferrari nel 1897, poi eseguita dal Mattòli e da qualche altro in seguito) si presenta invece come compenso curativo più razionale, perchè con tale operazione l'occlusione pilorica, prodotta dal forte inginocchiamento della prima colla seconda porzione del duodeno per opera del piloro e dello stomaco in ptosi, viene trattata come le occlusioni piloriche da stenosi e cioè colla gastro-enterostomia, che sostituirebbe la deficente funzione pilorica e combatterebbe la gastro-ectasia concominante. A sostegno della gastro-digiunostomia nella gastroptosi ribelle alle cure mediche, scrive anche il Moro, basandosi sulle idee e sopra una numerosa statistica del Novaro, e conclude in favore della gastro-enterostomia. Anche il Rowsing consiglia di aggiungere alla gastropessia la g. e. nei casi nei quali alla gastroptosi si associ o stenosi pilorica, od ulcera, o stomaco a clessidra; similmente procedette Jonnesco.

Qui però conviene notare che fra l'occlusione pilorica da stenosi e quella da gastroptosi vi è una differenza clinica essenziale, e cioè, che mentre negli impedimenti pilorici da stenosi il fatto patologico, generalmente parlando, è costante ed il piloro è sempre ugualmente occluso, nell'occlusione piloro-duodenale da inginocchiamento per gastroptosi, si può ritenere invece che l'occlusione pilorica sia maggiore o minore, od anche scompaia a seconda delle varie giaciture del corpo (verticale od orizzontale, laterale destra o sinistra, supina o prona,

e posizioni combinate) ed anche a seconda della qualità e quantità del contenuto gastrico. Per tale ragione la bocca anastomotica che noi formiamo colla gastro-digiunostomia va esposta nella gastroptosi alla concorrenza funzionale saltuaria del vero piloro, in quei momenti in cui quest'ultimo in tutto od in parte può funzionare. Ma noi sappiamo che quando il vecchio piloro riprende a funzionare, il neo-piloro tende a chiudersi, per note ragioni di funzionalità della muscolatura gastrica, e che così il neo-piloro potrà finire poi per diventare insufficiente quando dovrà funzionare da solo, causando quindi il ritorno più o meno parziale dei primitivi disturbi di vuotamento dello stomaco.

Queste sono le ragioni per le quali ritengo che la sola gastro-enterostomia nella gastroptosi con gastro-ectasia non possa dare risultati stabili, ed in due casi da me così operati ho creduto di scorgere nelle dette ragioni la causa della deficente e mutevole funzione gastrica post-operativa. Ho quindi pensato che occorrerebbe nelle gastro-digiunostomie per gastroptosi aggiungere sempre l'esclusione del piloro, per costringere il contenuto gastrico a svuotarsi per il neo-piloro e mantenerne così la funzione. Ho creduto di raggiungere tale esclusione con un metodo semplice e rapido e cioè colla fissazione del piloro (che in questi stati morbosi è sempre assai mobile) ripiegato ed inginocchiato entro il ventre muscolare del retto destro, press'a poco all'altezza della sua sede normale, e cioè poco sotto l'arco costale.

Con tale piloropessi ho avuto di mira anche di sospendere lo stomaco in alto, fissandolo per una parte resa fuori funzione da questo atto operativo, ottenendo quindi il duplice scopo di escludere il piloro poi di servirsene come mezzo di sospensione per combattere la ptosi. Lo stomaco residuerebbe infatti attaccato e fissato da una parte col cardias e dall'altra col piloro, restando poi tutto il resto del ventricolo libero per la funzione motrice. Coi detti concetti ho operato nello scorso mese di maggio una donna affetta da gravi disturbi gastrici per gastroptosi e gastroectasia, in condizioni di forte deperimento fisico (essendo di statura media pesava 40 kg., vestiti compresi), la gran curvatura dello stomaco ai raggi X, con pappa di carbonato di bismuto, toccava quasi il pube, la piccola curvatura era circa all'ombelico, non v'era epatoptosi.

L'operazione, attraverso il m. retto di destra, è riuscita con facilità, prima ho eseguito la g. e. alla v. Hacker, cercando di stare ad un po' di distanza dal piloro, poi ho piegato il piloro, che assai facilmente si lasciava tirare innanzi, e l'ho mantenuto così piegato con alcuni punti fra duodeno e regione prepilorica in alto e in basso, e l'ho quindi fissato ampiamente entro il muscolo retto fino al sottocutaneo, con numerosi punti attorno e su diversi piani, per modo da averlo bene piegato e fermato. Il piloro restava così, con facilità straordinaria e senza soffrire tensione alcuna, nel punto dove lo avevo fissato, al 3° sup. dell'incisione del m. retto di destra. Il decorso post-operatorio fu purtroppo funestato da una bronco-polmonite da etere, iniziatasi il giorno stesso della operazione e che al nono giorno ha portato a morte la malata, a ferita esterna già cicatrizzata. In tutti questi giorni però la paziente ha avuto le funzioni gastriche, direi, perfette; beveva avidamente di tutto e non si stancava di chiedere, così pure prendeva con indifferenza qualunque medicina senza mai nè vomito, nè senso di molestia allo stomaco, come se non fosse neppure operata al ventricolo; la defecazione avvenne, dal secondo giorno, sempre spontanea 1-2 volte al giorno.

Alla sezione si è trovata aderenza completa del piloro al punto suturato, anastomosi gastro-digiunale perfetta, peritoneo e parti attornianti in istato normale. Morte per bronco-polmonite estesa a tutto il lato sinistro.

L'impressione che ho avuto dal mio caso, per quello che riguarda la funzione dello stomaco, è stata la migliore possibile, e ritengo utile far conoscere questo nuovo modo di escludere il piloro ora che l'argomento è di grande attualità, specie nelle gastro-enterostomie a piloro pervio, dove quasi tutti omai sono convinti della sua necessità, solo non si è ancora trovato un metodo rapido ed efficace.

Ritengo che il metodo da me proposto di esclusione pilorica colla piloropessia, previo ripiegamento del piloro stesso, non possa trovare altra applicazione che nella gastroptosi, perchè richiede una particolare mobilità del piloro che non può trovarsi che nella detta malattia. Io non posso presentare ora del mio metodo nè malati operati da tempo, nè ricerche sperimentali, essendo per queste necessaria una patologica mobilità del piloro, però in avvenire

spero di poterlo fare, intanto mi permetto in questa breve comunicazione di far noto come il piloro possa essere escluso nella gastroptosi con un metodo molto semplice e facile, quale è quello da me eseguito e proposto.

Nota — Comunicazione fatta all'Accademia medica di Padova, il 27 giugno 1913.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Sulla debolezza acuta della circolazione specie nel corso di malattie infettive acute.

(HOFFMANN. *Deutsche med. Woch.*, 1912, n. 40).

Nelle malattie croniche del cuore si manifesta grado a grado la debolezza del muscolo cardiaco, la quale porta ad una anormale distribuzione del sangue, e a tutte le ben note conseguenze che da questa derivano. Ben diversa però dalla insufficienza cronica e meno conosciuta di questa è la insufficienza acuta del cuore. Quest'ultima si presenta in circostanze molto differenti; ma, qualunque sia la causa mediata, il meccanismo di azione che la determina va sempre ricercato in una improvvisa debolezza del cuore e delle pareti vasali.

La insufficienza dipendente dall'indebolimento rapido del cuore appare essenzialmente in casi di sclerosi delle arterie coronarie o di malattie del muscolo cardiaco. Dopo uno sforzo o dopo un pasto abbondante, ordinariamente di notte, senza evidenti sintomi prodromici, insorge improvvisamente una accentuata dispnea, talora con sensazioni dolorose alla regione precordiale. Il viso diviene pallido, le labbra si fanno cianotiche, il respiro è difficoltato, alla ascoltazione del polmone si percepiscono rantoli, l'espettorato è schiumoso, talora anche lievemente emorragico. Nell'acme dell'accesso può aversi la morte; ma l'attacco può anche dileguarsi spontaneamente o per l'azione delle cure praticate.

Il quadro più caratteristico della insufficienza cardiaca da paralisi vasale si ha invece in alcune malattie infettive gravi. Si rileva dapprima un aumento nella frequenza dei battiti cardiaci; il polso diviene monocroto; la cute si fa pallida e lievemente cianotica; il paziente suda abbondantemente; compaiono deliri, obnubilazione, e infine perdita della coscienza; il polso è allora frequentissimo e irregolare; sovente compaiono anche i segni dell'edema polmonare. La paralisi vasale è dovuta alla azione delle tossine batteriche sui centri vasomotori (Paessler, Romberg, Hirsch, ecc.); in alcuni territori, specie nel cavo addominale, i vasi si dilatano (per diminuzione del tono), il sangue si accumula in essi, sicchè il cuore non è più in grado di stabilire il normale dislivello di pressione tra il principio delle arterie e il principio delle vene. Questo sopraccarico di lavoro porta rapidamente all'indebolimento del cuore, indebolimento che viene naturalmente favorito dalla azione nociva che le tossine batteriche esplicano anche sul miocardio.

Ma le infezioni non rappresentano l'unica causa di paralisi vasale; questa può anche avere una origine nevrotica, come accade ad es. nelle comuni lipotimie, le quali possono essere prodotte da stimoli psichici, da insulti meccanici o anche semplicemente da un accentuato dolore. Esistono inoltre dei prodotti della secrezione interna (tireoidina) capaci di diminuire, mediante un'azione sul sistema nervoso, il tono vasale.

Le norme terapeutiche sono essenzialmente eguali, tanto se la insufficienza acuta del cuore ha origine cardiaca, quanto se essa dipende da paralisi vasale (decubito dorsale, senapismi, stimolazione della mucosa nasale, ecc.). Nei comuni svenimenti, dovuti essenzialmente ad anemia cerebrale, sarà utile facilitare l'afflusso del sangue al capo tenendo alquanto sollevati l'addome e gli arti inferiori.

Nei casi più gravi di debolezza acuta del circolo è però necessario ricorrere a mezzi più energici. Se si tratta di insufficienza cardiaca, quale essa suole manifestarsi nel corso di malattie del cuore (specialmente se complicate da alterazioni negli organi respiratori, nei reni, nelle arterie coronarie) si useranno non solo senapismi, maniluvii e piediluvi caldi, ma si ricorrerà spesso al salasso (300-400 cmc. di sangue). Questo ha lo scopo di diminuire il lavoro del ventricolo destro, sottraendo una parte del sangue che — in seguito alla insufficiente contrazione del ventricolo sinistro — si è andato accumulando nel sistema venoso. Un effetto analogo può ottenersi legando gli arti alla loro radice, in modo da ostacolare il deflusso del sangue, senza impedirne l'afflusso; si accumula così negli arti una notevole quantità di sangue che viene per il momento sottratta alla circolazione generale. Utili possono riuscire le inalazioni di ossigeno. Non si trascurerà, specie nei casi più gravi, l'uso di adatti medicamenti,

come ad es., le iniezioni di olio canforato e, quando i fatti acuti siano trascorsi, la terapia digitalica. I preparati di digitale somministrati per bocca esplicano però la loro azione solo dopo un tempo piuttosto lungo, sicchè in molti casi è preferibile ricorrere alle iniezioni intravenose di digalen. L'effetto di queste iniezioni si manifesta ordinariamente dopo pochi minuti: la respirazione si fa più tranquilla, le condizioni del polso migliorano, l'infermo si sente meglio. Recentemente è stato proposto anche di iniettare per via intravenosa la strofantina. Questa dà luogo spesso a miglioramenti addirittura eclatanti; però è anche possibile che essa rimanga senza effetto, e anche che, in casi nei quali siano già stati somministrati preparati di digitale, dia luogo a sintomi di avvelenamento (per azione cumulativa) fino alla morte.

La debolezza circolatoria acuta dovuta ad una paralisi dei vasomotori cade anche più frequentemente sotto gli occhi del medico. Si tratta qui in prima linea di casi di infezione acuta (polmonite, erisipela, setticemia, difterite, dissenteria, colera, ecc.). Un buon medicamento è anche in questi casi la canfora, la quale determina una costrizione dei vasi, specie nel territorio del simpatico. Anche la caffeina, per la sua azione costrittrice, è assai consigliabile. Caratteristico e assai favorevole agli effetti della cura è il fatto che i medicamenti ad azione vasocostrittrice non dànno luogo a restringimento nelle arterie coronarie del cuore, le quali vengono innervate dal vago; anzi si attribuisce da alcuni alla caffeina e ella canfora addirittura una azione dilatatrice sui vasi del cuore. Anche indipendentemente da questa azione diretta sulle coronarie è certo che l'aumento di pressione, che l'uso di questi medicamenti determina nella aorta, fa sì che il riempimento delle arterie coronarie si compia più completamente, e che quindi migliori la nutrizione del cuore. Recentemente è stato raccomandato, quale medicamento ad azione vasocostrittrice, il cloruro di bario (Kobert, Moritz e Grober); ma esso non è consigliabile per l'azione sgradevole che esercita sulle vie digerenti. Un buon vasocostrittore è rappresentato dalla adrenalina. Questa può essere iniettata per via venosa, e determina allora rapidamente un aumento della pressione sanguigna, talvolta addirittura enorme; ma questa azione — del resto rapidamente transitoria — non è scevra del tutto da pericoli, giacchè può accadere che il cuore non sia in grado di vincere la resistenza relativamente eccessiva cui dànno luogo i vasi arteriosi ritretti. Risultati migliori dà l'iniezione sottocutanea di adrenalina; la iniezione del medicamento si esplica dopo 5-15 minuti, e la pressione sanguigna sale senza eccessiva rapidità. Quando si teme che, come non di rado accade, esista anche una debolezza del cuore, è consigliabile associare alle iniezioni di adrenalina l'uso di preparati di digitale o addirittura l'iniezione intravenosa di strofantina. Una sostanza che ha azione analoga, ma assai meno energica di quella della adrenalina, è la pituitina, che si estrae dalla ipofisi.

V. FORLÌ.

CHIRURGIA.

La cura attuale delle stenosi cicatriziali gravi dell'esofago.

(SARGNON e ALAMARTINE, *Revue de Chirurgie*).

La terapia delle stenosi gravi dell'esofago, cicatriziali, cioè di quelle non modificabili col cateterismo e colla dilatazione graduale, ha molto progredito, dopo l'introduzione delle manovre esofagoscopiche.

Gli AA. si occupano, in questa loro pubblicazione, dei casi occorsi negli ospedali di Lione negli ultimi sei anni, che ammontano a ventiquattro.

Queste 24 osservazioni sono divise in sei categorie differenti fra loro per la più o meno grande complessità dei metodi terapeutici che sono occorsi. In una prima categoria sono raccolti tre casi di dilatazione semplice, in cui non occorsero manovre esofagoscopiche. In una seconda categoria sono raccolti sette casi di dilatazione semplice in cui occorsero manovre esofagoscopiche. In una terza sono riuniti otto casi in cui fu necessaria una gastrostomia con dilatazione consecutiva e manovre endoscopiche per via boccale o gastrica, o per tutte due insieme. In una quarta categoria sono posti due casi in cui occorse la gastrotomia e l'esofagotomia interna. In una quinta, due casi, in cui occorse gastrostomia, esofagotomia esterna e manovre endoscopiche per via boccale, gastrica e cervicale bassa. In una sesta categoria sono riuniti due casi congeniti.

Dal punto di vista etiologico: in 17 casi si trattava di stenosi cicatriziali consecutive a l'ingestione di caustici (potassa 16 volte, ed una acido

solforico), due volte di stenosi congenita, una volta di infiammazione e di stenosi consecutiva ad uno spasmo permanente, una volta di stenosi secondaria ad ulcera del cardias, un'altra di stenosi ulcero-cicatriziale da scarlattina, due volte infine di causa sconosciuta.

La morte si ebbe sei volte: nelle due stenosi congenite, ed in quattro altri casi, in uno per difterite, in un secondo per bronco-polmonite, in un terzo per gangrena pleuro-polmonare, nell'ultimo (una vecchia cachettica) per il semplice passaggio di una sonda.

L'esplorazione esofagoscopica e la dilatazione semplice consecutiva bastano nei casi semplici. Ogni stenosi esofagea, la cui natura cicatriziale non è assolutamente certa, deve essere sottomessa all'esame esofagoscopico, anche quando è facilmente sormontabile.

Nelle stenosi insormontabili l'esofagoscopia è necessaria, indispensabile, rappresenta il primo tempo della cura, e svela le cause che rendono inefficace la semplice dilatazione, o dannosa, o impossibile.

Alcune volte non vi ha ostacolo meccanico, ma uno spasmo consecutivo a lesioni ulcerose a livello della stenosi. Tutto ciò è messo bene in evidenza dall'esofagoscopia.

In linea generale prima di praticare l'esofagoscopia, è necessario esaminare il malato ai raggi X, per eliminare l'aneurisma dell'aorta che controindica quella manovra.

Nelle stenosi larghe, con spasmo secondario, il metodo esofagoscopico è utilissimo. Una fine sonda con estremo olivare è introdotta nel lume della stenosi sotto il controllo della vista; si lascia *in situ* per qualche minuto o qualche ora, dopo il qual tempo la dilatazione semplice può spesso continuarsi senza incidenti fino ai più grossi numeri, poichè il contatto prolungato della sonda rammollisce la cicatrice.

Nelle stenosi insormontabili si può usare la dilatazione esofagoscopica progressiva e ripetuta, o la dilatazione permanente. Quest'ultima si fa con la laminaria, o con una sonda di caoutchouc tesa sur un mandrino. Laminaria e sonda sono introdotte *esofagoscopicamente*, e tolte dopo un tempo variabile. Si può pure fare col filo senza fine.

Nella cura delle stenosi cicatriziali gravi dell'esofago la *gastrostomia* deve occupare un posto importantissimo, con o senza il controllo della esofagoscopia. Si impone subito quando vi sono ancora segni di esofagite in evoluzione con dolore, febbre, mucosità sanguinanti o purulente, in modo da dover mettere l'esofago in riposo assoluto.

In ogni caso, sopprimendo eventualmente uno spasmo esofageo, detta operazione apre due vie endoscopiche per l'introduzione delle sonde dilatatrici una dall'alto ed una dal basso; insomma mette l'esofago in riposo e permette l'alimentazione del malato; oltre a permettere una via di accesso spesso utilissima sulla porzione inferiore del condotto. La gastrostomia risponde ad una indicazione di urgenza (nelle stenosi insormontabili, con cachessia da inanizione e complicazioni settiche esofagee) e ad una indicazione di opportunità, nelle stenosi che non cedono alla dilatazione semplice, e dopo che sono fallite le manovre esofagoscopiche. La gastrostomia rapida, fatta sotto anestesia locale è una operazione semplicissima e poco dannosa. Per evitare che questa fistola gastrica sia incontinente, e rimandi fuori tutto l'alimento introdotto nello stomaco, si sono immaginati numerosissimi processi, ma per gli AA. il migliore è quello descritto da Villard: per ottenere il miglior risultato occorre fare una incisione parallela al bordo sinistro delle false coste rasente alle cartilagini costali; per questa apertura si potrà scegliere il punto favorevole dello stomaco, e suturando sierosa gastrica e sierosa parietale ottenere una vera sospensione dell'organo alla parte profonda della parete addominale; quindi, quando lo stomaco sarà dilatato dall'alimento, si farà a livello del punto fissato un vero cono, che si opporrà ad ogni reflusso. Traversando l'incisione suddetta uno spesso strato muscolare, si avrà inoltre il vantaggio di creare un lungo tragitto interstiziale tra l'orificio cutaneo e quello mucoso, che si oppone ad ogni continuità della mucosa colla pelle; infine l'apertura si farà piccola da permettere solo il passaggio di una Nélaton 16 o 18.

L'esofagoscopia retrograda, previa gastrostomia è indicata quando si tratta di esplorare dal basso una stenosi insormontabile dall'alto e di farne la dilatazione retrograda; la gastroscopia è utilizzata per ricercare nello stomaco l'estremo inferiore di una sonda introdotta per la bocca. Gli AA. hanno spessissimo utilizzato l'esofagoscopia retrograda per la diagnosi delle stenosi cicatriziali multiple, e ne hanno osservate parecchie sotto forma di due o tre restringimenti strettissimi con diminuzione del calibro che andavano dalla re-

gione sopra aortica fino alla unione del terzo medio col terzo inferiore del torace. L'esofagoscopia retrograda è ben tollerata, estremamente pratica, non ha bisogno di anestesia generale, ed evita le complicazioni bronco-polmonari, talvolta osservate nelle esofagoscopie ordinarie prolungate.

Gli AA. hanno due volte praticato l'*esofagostomia interna esofagoscopica* col proprio esofagostomo. Sencert ammette questa operazione soltanto nei due casi seguenti: nei casi di stenosi molto brevi, sopratutto in quelli di stenosi valvolare diaframmatica; e nei casi di stenosi callosa, breve, sormontabile, ma non dilatabile. Queste condizioni appunto presentavano i due casi degli Autori.

L'esofagostomia esterna cervicale temporanea riesce utile nei casi nei quali si è in presenza di una obliterazione molto estesa dello esofago, o di stenosi toraciche multiple, strette, insormontabili. La tecnica operatoria è semplice. L'operazione è quella tipica della esofagostomia esterna con sutura muco-cutanea fatta dal lato sinistro. La sutura si fa fra due piani; il primo al catgut riunisce la parete dell'esofago ai muscoli vicini di ogni lato, occorre evitare la sutura al corpo tiroide per il sangue. Fissato con questo piano di sutura l'esofago, lo si incide col bisturi per tre centimetri e si sutura la mucosa dell'organo alla pelle da ogni lato; si pone quindi un drenaggio nella fistola per mantenerla aperta, e si fa una ricca e spessa fasciatura. Quando il malato si è rimesso dall'operazione e la ferita è ben netta, si comincia la dilatazione, aumentando a poco a poco il calibro della sonda messa *in situ* fra la stenosi superiore e la stomia cervicale. L'esofagostomia esterna alla parte inferiore del collo è indicata dopo la gastrostomia nelle stenosi ribelli medio-toraciche estese. È seguita dalla dilatazione progressiva dall'alto e dal basso. G. QUARTA.

LEZIONI

Sulla importanza clinica del sistema nervoso simpatico.

(KINNIER WILSON. *British Medical Journal*, 1913, n. 2737).

Le nostre conoscenze sulle funzioni del sistema nervoso simpatico si sono in questi ultimi anni molto allargate ed in gran parte modificate. Un gran numero di sintomi appartenenti a vari quadri morbosi possono oggi essere messi in rapporto con un'alterazione del simpatico; e mentre la fisio-patologia di questo sistema fino a poco tempo fa era tutt'affatto sperimentale ora è entrata nel dominio della clinica.

I progressi fatti nella conoscenza della natura e funzione delle glandule a secrezione interna hanno svelato tutta la importanza del simpatico nel loro meccanismo funzionale ed hanno messo in evidenza la vera origine di alcuni disturbi.

I disturbi che possono essere provocati dall'alterazione del simpatico sono molto più frequenti di quelli che la indagine sperimentale aveva potuto rilevare.

Il sistema simpatico è embriologicamente direttamente derivato dall' asse cerebro-spinale. Nell'uomo esso è essenzialmente costituito da due lunghi cordoni collocati ai lati della colonna vertebrale ed estesi dalla prima vertebra cervicale all'ultima sacrale. Tali cordoni sono costituiti da masse ganglionari, disposti a catena e legati gli uni agli altri da fasci di fibre.

I gangli sono costituiti da cellule provenienti dall'asse neurale, che migrano nella varie regioni a diverse epoche: quelle toraciche prima delle cervicali e lombo-sacrali.

Le cellule stesse dopo attiva proliferazione emanano delle fibre che si estendono centralmente, raggiungendo il sistema cerebro-spinale, e perifericamente verso gli organi cui si distribuiscono.

Parte delle cellule di natura simpatica non migrano, restano nella sostanza del sistema nervoso centrale, e così si spiegano i disturbi simpatici nelle lesioni esclusivamente centrali.

Il simpatico cervicale è costituito da tre gangli che sono connessi con vari rami al midollo cervicale ed in parte al toracico; nel simpatico toracico e lombo-sacrale vi è un ganglio per ogni segmento midollare al quale è unito a mezzo di un ramo comunicante.

Dalla parte opposta i gangli emanano delle fibre periferiche, che dopo essersi anastomizzate in plessi si distribuiscono ai visceri della cavità toracica e addominale, al sistema vascolare, alla pelle con le sue glandole ed altre appendici, ed agli organi pelvici e genitali.

Ma accanto a questo che può dirsi il sistema simpatico propriamente detto, o vertebrale, vi è un'appendice che è detta sistema parasimpatico o meglio simpatico autonomo.

Questo è costituito da tre nuclei di cellule simpatiche situate nell'asse cerebro-spinale. Da essi provengono delle fibre che raggiungono gli organi gia enumerati, in prossimità dei quali o dentro dei quali vi sono delle formazioni ganglionari con le quali si mettono in rapporto prima di distribuirsi.

Il sistema nervoso simpatico è costituito da due porzioni distinte alle quali si devono verisimilmente attribuire azioni antagoniste.

I tre centri del sistema autonomo sono: il mesencefalico, il bulbare, ed il sacrale o lombosacrale.

Dal centro mesencefalico provengono le fibre che decorrono nel nervo oculo-motore comune e dopo avere attraversato il ganglio ciliare si distribuiscono allo sfintere della pupilla: l'azione di tali fibre produce restrizione della pupilla.

Corrispondentemente all'iride si distribuiscono delle fibre provenienti dal simpatico vertebrale e propriamente da quello cervicale: queste fibre raggiungono l'occhio attraverso il plesso carotideo e la branca superiore del trigemino: la loro azione produce dilatazione della pupilla.

Il centro bulbare autonomo è formato da cellule simpatiche in relazione ai nervi facciale, glosso-faringeo e vago. Per i due primi passano le fibre che si distribuiscono alle glandole mucose e salivari, ai vasi del sangue delle membrane mucose della bocca e del naso, alle glandule lagrimali e così via. Queste sono antagoniste alle fibre del simpatico vertebrale provenienti dal tratto cervicale. Le fibre autonome sono probabilmente vaso-costrittrici mentre le altre sono vaso-dilatatrici.

Il centro autonomo del vago fornisce un numero straordinario di fibre al cuore, ai vasi, alla bocca, al tubo dirigente, dalla bocca al colon, al fegato, al pancreas, ai reni, alla laringe, alla trachea, ai bronchi, ai polmoni.

Per quanto non si sia potuto accertare in ogni caso, pure si ritiene che queste fibre siano sempre antagoniste a quelle provenienti dal simpatico vertebrale.

È noto che il vago esercita un'azione inibitoria sull'attività del cuore mentre il simpatico agisce accelerando i moti cardiaci: il simpatico vertebrale dilata i vasi coronari, mentre il vago li restringe. D'altra parte il vago contiene fibre dilatatrici dei vasi del sangue, se queste esistono, mentre certamente le fibre del simpatico vertebrale sono vaso-costrittrici.

Le fibre simpatiche rilasciano le fibre muscolari lisce dell'esofago, del cardias e dello stomaco, mentre le fibre del vago le contraggono. Queste ultime contraggono pure la cistifellea mentre le prime la rilasciano, e così via.

Nella porzione lombo-sacrale del midollo spinale vi è il terzo centro autonomo le cui fibre si distribuiscono ai vasi del retto, all'ano, ai genitali esterni, con funzione vaso-dilatrice; e fornisce pure fibre direttamente alla musculatura del colon, del retto, dell'ano, della vescica e dei genitali esterni producendone la contrazione, mentre le corrispondenti fibre del simpatico vertebrale hanno azione inibitoria.

Una questione di grande importanza è quella delle connessioni dei simpatico col sistema nervoso centrale. Si è già detto che il simpatico a mezzo di rami comunicanti è in rapporto con le varie sezioni del midollo spinale: ma non è ancora accertato quali sieno le relazioni con i centri bulbari e col cervello.

Per quanto si deve ammettere che ben poca sia la influenza della volontà sulle manifestazioni simpatiche pure non è dubbio che le emozioni agiscano notevolmente sul sistema simpatico. La collera, il timore, la vergogna, si esprimono per chiari disturbi del simpatico, rossore, pallore, sudore. Poichè le emozioni hanno la loro sede all'altezza dei gangli basali, si deve ammettere che il simpatico abbia delle connessioni anatomiche col cervello. D'altra parte non si può disconoscere che attraverso il sistema simpatico giungano al cervello degli impulsi sensori provenienti dagli organi. Normalmente questi impulsi non giungono fino alla coscienza e noi non ci rendiamo conto della attività funzionale dei nostri organi, ma in certi stati patologici le sensazioni organiche sono da noi avvertite ed in alcuni casi esse ci appaiono provenienti dalla zona cutanea innervata dai nervi spinali corrispondenti ai segmenti del midollo, cui giungono gli impulsi abnormi dalle fibre simpatiche afferenti. Così nella angina pectoris si avverte dolore sulla pelle della regione interna del braccio e della mano sinistra; nell'ulcera gastrica si può avere iperestesia sulla pelle dell'addome a sinistra. Head ha studiate attentamente le alterazioni sensitive delle varie zone cutanee in rapporto alle malattie dei singoli organi. Per quanto non si possa dare a questi studi un valore clinico assoluto, pure non è dubbio che molti sintomi di neurastenia e di isteria possono essere facilmente spiegati a mezzo degli impulsi sensorii simpatici.

Ad ogni modo è certo che nelle malattie organiche e funzionali del cervello, del midollo spinale e dei nervi periferici si sviluppano dei sintomi a carico del sistema simpatico, e quindi si deve ammettere che quest'ultimo sia in una certa dipendenza dal sistema cerebro-spinale. Ma d'altra parte non si può escludere che il simpatico eserciti una parte della sua funzione in modo affatto indipendente. Così la costante attività esercitata dal simpatico a mezzo delle fibre antagoniste sui vari organi, attività che si risolve nel tono funzionale degli organi stessi deve considerarsi probabilmente indipendente.

Così alcuni brevi archi riflessi, come il movimento degli ureteri, la peristalsi intestinale, il battito cardiaco, sono attività simpatiche certamente indipendenti dei centri cerebro-spinali.

E così nel campo della patologia alcuni sintomi delle nevrosi vaso-motorie sono legati ad ad un'alterazione permanente periferica del simpatico.

I sintomi morbosi in rapporto ad alterazioni simpatiche, che sono determinate da una lesione organica dell'asse cerebro-spinale sono naturalmente varii a seconda dell'altezza della lesione.

Si è già detto che le emozioni hanno dei concomitanti fisici, e quindi le lesioni dei gangli basali del cervello, e specialmente dei talami ottici, sono accompagnati da disturbi simpatici. Ma non è escluso che il sistema simpatico sia legato a centri ancora più alti. Sono noti i disturbi di paralisi vaso-motoria con edema, che accompagnano le emiplegie da focolaio capsulare e più ancora le emiplegie infantili da encefalite: ed in qualche caso di emiplegia d'origine capsulare si è constatata la « pelle d'oca » permanente al lato paralizzato.

Nel bulbo il simpatico ha il suo maggiore rappresentante nel centro del vago. La sintomatologia legata ad una alterazione di questo centro è delle più complesse e delle più varie.

Va ricordata a questo proposito la sindrome chiamata dagli americani « tempesta di nervi » e da altri « pseudo-angina nevrastenica » e che in fondo è un attacco vaso-vagale. Gli attacchi sono periodici e per questo somigliano alla epilessia, e forse essi non sono che degli accessi epilettiformi bulbari.

Cominciano con un' aura epigastrica, indi si sviluppa forte palpitazione, soffocazione e difficoltà della respirazione, senso fortissimo di oppressione; le estremità diventano fredde come il marmo, mentre si ha profuso sudore e tremore per tutto il corpo.

A parte il centro autonomo nel bulbo e precisamente nella sostanza reticolare esiste un nucleo di cellule del simpatico propriamente detto, la cui lesione produce paralisi del nervo simpatico cervicale e perdita di sudore ad una metà della faccia.

Per quel che riguarda il midollo spinale uno dei quadri clinici più caratteristici è quello legato alla eccitazione o paralisi del nervo simpatico cervicale in rapporto col centro di Buage nella sostanza grigia del 1° e 2° segmento toracico del midollo.

La lesione di questo centro, rispettivamente la paralisi del nervo simpatico cui è in rapporto, produce ptosi, miosi, enoftalmo con o senza disturbi vaso-motorii della secrezione del sudore sulla faccia e la parte superiore del tronco. Un sintomo non costante di questa lesione è l'*heterocromia iridis*, ossia un rapido cambiamento di colorazione dell'iride nell'occhio sul lato affetto.

La eccitazione dello stesso nervo produce apertura della rima palpebrale, esoftalmo e midriasi.

Molte lesioni del midollo sono accompagnate da alterazioni vasomotorie e trofiche, che si devono mettere in conto di un'alterazione delle cellule della sostanza grigia intermedia laterale. Così è possibile stabilire l'altezza di una lesione midollare dall'estensione sulla superficie del corpo della secrezione di sudore provocata da una iniezione di pilocarpina.

In un caso di poliomielite acuta cui seguì completa anidrosi degli arti inferiori si trovò all'autopsia un focolaio emorragico nella sostanza intermedia laterale.

La sintomatologia delle lesioni dei gangli e plessi toracici ed addominali non è ancora ben nota: non è dubbio però che molte delle crisi viscerale della tabe sono prodotte da una irritazione del plesso solare. È stata descritta una sindrome legata ad alterazione del plesso solare consistente in iperemia dei visceri addominali, vomito, diarrea, oliguria e perdita generale di forze.

Tra il simpatico e le glandule a secrezione interna esistono dei rapporti molto stretti sia dal punto di vista embriologico, sia da quello anatomico e fisiopatologico.

Il midollo delle glandule surrenali è costituito da cellule, che si tingono fortemente con i sali dell'acido cromico, e furono perciò detto cromaffini o cromofile. Orbene queste cellule si trovano in ciascuno ganglio della catena simpatica, nei plessi simpatici, disseminati sul parenchima dei reni, delle surrenali accessorie, della prostata, dalle ovaie, dell'epididimo, degli ureteri e nei corpi carotidei. Il corpo aortico o paraganglio di Kohn è per la massima parte costituito da queste cellule.

Il tessuto cromaffine secerne una sostanza, l'adrenalina, che ha un'azione ben definita e caratteristica sulle fibre muscolari liscie, ossia sul tessuto innervato dal simpatico. Aumenta la pressione del sangue, dilata la pupilla, contrae i muscoli dei peli, eccita le glandule lacrimali e salivari, il fegato, la muscolatura dell'utero, della vagina, dei deferenti, delle vescichette seminali, il dartos e la tunica muscolare dello stomaco.

L'adrenalina insomma produce gli stessi effetti prodotti dall'eccitazione dei nervi del sistema simpatico. Si deve ammettere che l' adrena-

lina secreta dalle cellule cromaffini trovasi costantemente nel corpo dando il tono all'azione del sistema simpatico. Se la secrezione è difettosa vi è debolezza del tono simpatico ed astenia generale, nel caso inverso vi è esagerazione del tono.

L'adrenalina agisce solo sul sistema simpatico vertebrale, mentre non ha nessuna azione sul simpatico autonomo, che sarebbe invece eccitato dalla colina.

Tra le glandule in intima relazione col simpatico sono la tiroide ed il pancreas; studi recentissimi dimostrerebbero un rapporto di funzionalità tra quest'ultima glandula e le cellule cromaffine, rispettivamente tra il pancreas e le glandule surrenali.

Così nel diabete pancreatico l'adrenalina instillata nell'occhio dilaterà la pupilla, il che non avverrebbe nei normali.

Vi è un gruppo di malattie conosciuto col nome di angio-neurosi, come il morbo di Reynaud, il pallore locale o « dito morto » l'asfissia locale, la gangrena simmetrica, l'acroparestesia, la sclerodermia, l'edema angioneurotico, ecc. le quali sono dovute a disturbi d'innervazione del sistema nervoso simpatico dei vasi. Ora in molte di queste malattie si riscontra contemporanea alterazione di qualcuna delle glandule a secrezione interna.

D'altra parte molti dei più comuni sintomi della nevrastenia e dell'isterismo sono di origine simpatica.

Il dermografismo, il facile mutamento nel colorito della faccia, la mano viscosa, la dilatazione pupillare, le innumerevoli parestesie, le abnormi sensazioni alla testa, sono disturbi nevrastenici certamente legati ad un'alterazione della funzione del sistema simpatico, e propriamente ad un difetto di tono, che può ritenersi dovuta ad una insufficienza delle cellule cromaffini.

Nella malattia di Addison, che è ritenuta come dipendente da un'alterazione delle surrenali, il sintomo più imponente è l'astenia, che specie nei primi tempi del male non si distingue affatto dall'astenia della neurastenia. Si potrebbe perciò concludere che anche questa malattia è legata ad un difetto di funzione glandulare.

Anche la sindrome climaterica legata ad una involuzione delle ovaia o della prostata e quindi allo squilibrio delle attività delle varie glandule a secrezione interna, è chiaramente di origine simpatica.

DRAGOTTI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Nuovi documenti su Mondino dei Liuzzi.

Il dott. Lodovico Frati ha rinvenuto nell'Archivio di Stato di Bologna due documenti del 1326 che valgono a rischiarare e a precisare diverse circostanze della vita, circondata da sovrapposizioni leggendarie, del *primo anatomico dello studio Bolognese*, e che servono ancora a correggere alcune affermazioni inesatte intorno ai codici posseduti dal Mondino stesso. I due importanti documenti, dovuti alle diligenti ricerche del Frati e da lui presentati al I Congresso Nazionale della Società di Storia critica delle scienze mediche e naturali tenuto in Roma nell'ottobre 1912 e pubblicati nel *Bollettino delle scienze mediche* di Bologna (1913, pag. 66), sono precisamente il testamento dell'anatomico medioevale e l'inventario dei beni lasciati dallo stesso.

Sono atti scritti nel latino barbaro del tempo, in quello stesso miscuglio decadente in cui è redatto il trattato dell'*Anatomia Mundini*; il primo infatti incomincia: « D. magister Mundinus quon- « dam d. Nerini de Liuciis, dotor phixice capelle « sancti Martini de Cazanimicis pizolis, sine scri- « tis suum testamentum fecit... ». E nell'opera del discepolo di Taddeo, al capitolo XXII: *De elevatione cerebri, et quid inde apparebit*, si legge ad esempio: « His expeditis, oportet elevare ce- « rebrum leviter, ita ut non rumpatur aliquis « nervus, et incipe elevare a parte anteriori, et « tunc statim tibi apparebunt duae carbunculae « similes capitibus mammillarum, et in substantia « apparent similes substantiae cerebri et ideo a « medullare substantia sunt ortae, velatae sub- « tilissimo panniculo, qui dicitur pia mater, et « ideo fragiles sunt satis, qua non debebant in « homine extra penetrare, et hoc quia cerebrum « ex odoribus confortatur, et fortificatur... ».

Con la scorta di questi documenti si può stabilire che il grande restauratore dell'anatomia nell'Europa occidentale ebbe uno zio di nome Lucio, morto nel 1318, lettore nello studio bolognese. La morte del Mondino avvenne nel 1326 e non nel 1325, errore già rettificato; ma prima del 30 agosto, data generalmente creduta esatta, poichè il 15 maggio 1326 già i figli — da lui avuti da *Domina Mina fillia domini Gandonis de Gandonibus* — erano adunati presso il giudice per la nomina del tutore. « ...petiit Gabardino, Lodo- « vico, Leucio et Mondino pupillis fratribus et « filiis et heredibus quondam magistri Mondini « ...dari et decerni in tutorem d. Zachariam quon- « dam Johannis Benintendi notarium presentem ».

Il Mondino lasciava ai suoi fratelli i libri di Galeno, e gli autori arabi: « Item legavit pre-

« dictis Gerino et suis fratribus omnes ipsorum « libros in quibus studuerunt quod habet et qui- « bus utitur scilicet libros Galieni libros naturales « Aforiximos (di Ippocrate?) et Coliget »; e nell'inventario più esplicitamente: « Item libros Ga- « lieni, item libros Avicennae, quolibet, Averois « et scripta istorum librorum predictorum ».

Nel testamento si fa menzione di una casa del Mondini « domum cupatam et balchionatam cum « solo et hedificio, poxitam Bononiae in contracta « Portanove in capella S. Antholini cum puteo « et curia », dove era la farmacia paterna, esercitata dallo stesso Mondino, ed esistente ancora nel XVIII secolo col nome di *Spezieria del Mondino*, all'insegna del dottore.

Il Mondino volle essere tumulato *apud eclexiam sancti Vitalis*, nella tomba da lui stesso eretta allo zio Lucio, del quale — e non dell'anatomico — è la figura ivi esistente.

Il medico e anatomico bolognese fu un osservatore veramente notevole per il suo tempo e così si intendono le ragioni per cui il suo trattato, diviso in 38 capitoli, in cui è mescolata l'anatomia descrittiva e topografica, la fisiologia e la patologia, ebbe grande e duraturo successo, venne ristampato in oltre venti edizioni e fu completato da commentari di Jacopo Berengario e dell'Achillini. All'inizio del secolo XVI si ricorreva ancora a questo libro, talmente stimato — dice il Martinotti nel suo *Studio sull'insegnamento dell'anatomia in Bologna* — che quanto non si accordava con esso era ritenuto *monstrum*.

E Vincenzo Malacarne tributò parole di legittimo elogio per l'ardimento e la sicurezza di quest'uomo che, in epoca di così dense tenebre, diede lezioni di anatomia sul cadavere umano, aprendo in Bologna la cattedra apposita, lasciando un saggio non spregevole dell'incipiente studio della nevrologia e dell'estesiologia.

GUGLIELMO BILANCIONI.

IGIENE

Alcune considerazioni sullo strapazzo mentale.

Troviamo segnalati in molte opere di alienisti e neuropatologi gli effetti funesti e deleteri dello strapazzo intellettuale e morale, la cui patogenesi presenta ancora dei punti oscuri, mentre la sua esistenza è peraltro fuori di contestazione. Parlerò qui in modo molto sintetico della genesi, degli accidenti determinati dallo strapazzo mentale indicando le condizioni che ne favoriscono la comparsa ed enumerando i principali fra questi accidenti; parlerò quindi delle cause e poi delle conseguenze che ne derivano e del modo come potervi in qualche modo rimediare.

Patogenesi. — La caratteristica dell'uomo è quella di poter abusare, volente o nolente, della sua facoltà principale intellettuale che è l'attenzione. Nelle condizioni della società moderna questo abuso è frequente; ora è appunto dall'abuso di quello stato particolare di attività psichica, che noi chiamiamo attenzione, che dipendono gli accidenti dello strapazzo mentale.

L'attenzione peraltro è uno stato eccezionale, anormale della nostra mente, uno stato fisso, che non deve durare a lungo, essendo in contrasto con il mutamento che è una condizione fondamentale della vita psichica. Ora prolungandosi fuori misura questo stato fisso, specialmente se in condizioni sfavorevoli, compaiono dei disturbi ora leggieri e transitori ed ora durevoli che indicano appunto l'antagonismo fra l'attenzione e la vita psichica normale. L'attenzione è accompagnata sempre da un senso di sforzo che nell'attenzione spontanea è appena avvertibile, ma che è invece rilevante nell'attenzione volontaria e proporzionata alla durata di essa e alla difficoltà di mantenerla. È a tutti noto infatti che un lavoro mentale esagerato può determinare una vera fatica corporea. Donde provengono queste sensazioni di sforzo e di fatica? L'origine loro è complessa. L'attenzione esaurisce non soltanto la cellula cerebrale ma anche tutto l'organismo. Durante l'attenzione nella cellula cerebrale ha luogo un aumento di lavoro, una trasformazione di forza, di tensione in forza viva, ed il materiale di riserva si consuma e compare l'esaurimento; quindi in primo luogo abbiamo un esaurimento della cellula nervosa. Durante l'attenzione il cervello si congestiona, aumenta di volume e aumenta anche la sua temperatura e si accelera così la disassimilazione della cellula. Secondo Ranke la fatica cerebrale dipende in parte dall'accumularsi nella cellula nervosa di taluni prodotti di denutrizione; all'esaurimento dinamico si aggiunge quindi una vera autointossicazione della sostanza cellulare. Questi due fattori si uniscono a determinare la fatica cerebrale, cosicchè il pensiero esaurisce la sostanza nervosa, come la marcia esaurisce i muscoli. La fatica cerebrale determina obnubilazione della mente, in-

debolimento della sensibilità specialmente della vista e talora un leggiero stato di vertigine. È cosa facile studiare gli effetti della fatica cerebrale sopra sè stessi: proviamo a leggere per un po' di tempo ad alta voce; questo atto stanca di più perchè mette in azione contemporaneamente parecchi centri psichici.

L'attenzione peraltro non è un fenomeno esclusivamente psichico; ad esso prende parte tutto l'organismo. Il Ribot e Feré l'hanno messo in rilievo ed illustrato con ricerche precise che non è qui il caso di ripetere ed enumerare. Ed infatti l'attenzione è accompagnata da *fenomeni motori*. Si osservi un individuo che presta una viva attenzione: tutto il corpo, gli occhi, le orecchie, talvolta anche le braccia convergono verso un punto, tutti i movimenti si arrestano e l'individuo rimane immobile con una fisionomia e un atteggiamento speciale, tutto il sistema muscolare è in stato di tensione; è il vero e preciso *totus in illis* oraziano.

Questo atteggiamento risalta in modo speciale nella sorpresa e nel terrore che non sono se non forme esagerate di attenzione spontanea. L'attenzione è accompagnata anche da *fenomeni respiratori*. L'individuo attento respira lentamente in un modo superficiale e incompleto; qualche volta trattiene anche per un istante il respiro, e i movimenti respiratori talora sono più ampii e più frequenti, talora uno sbadiglio ed un sospiro interrompono lo sforzo prolungato di attenzione. Questi fenomeni rivelano l'eccitazione del centro respiratorio, eccitazione ora inibitoria, ora dinamogena. Il riso, ad esempio, è una forma di eccitazione dei movimenti respiratori che si verifica nell'attenzione suscitata da emozioni gradevoli di natura speciale. Anche dei *fenomeni circolatori* sono dei concomitanti fisici dell'attenzione. E difatti le pulsazioni cardiache aumentano in numero ed energia, quindi aumentano di lavoro come gli altri apparati. Quando l'attenzione è vivamente eccitata, ad esempio, da un fatto doloroso il cuore presenta dei veri fenomeni d'inibizione. E ben dice Cl. Bernard: un ricordo, una parola, la vista d'un fatto destano in noi un dolore profondo; questo ricordo, questa parola non sarebbero dolorosi per sè stessi, ma lo diventano per i fenomeni che determinano in noi. Quando si dice che il cuore è spezzato dal dolore, nel cuore avvengono realmente dei fenomeni speciali. Esso si arresta se l'impressione dolorosa fu troppo improvvisa; poichè il sangue non arriva più al cervello ne conseguono la sincope e le crisi nervose. Quindi a ragione trattandosi di comunicare a qualcuno una di quelle notizie terribili che mettono sossopra l'animo nostro si deve farlo con molta cautela. Quando si dice di avere il cuore gonfio dopo aver provato emozioni penose, ciò corrisponde veramente a speciali condizioni fisiologiche del cuore. Le impressioni dolorose prolungate, divenute incapaci di arrestare il cuore lo affaticano e lo stancano, ritardano i battiti, prolungano la diastole e determinano nella regione precordiale una sensazione di pienezza e di stringimento.

Lo sforzo di attenzione stimola anche l'attività del *centro termogeno*. L'attività psichica fa elevare la temperatura. A. Mosso ha infatti osservato anche sopra sè stesso che dopo una solenne conferenza la sua temperatura aumentava quasi di un grado. Anche le *secrezioni* subiscono delle modificazioni durante l'attività mentale. Il piacere accresce la secrezione salivare, come una scossa forte dissecca la mucosa boccale. Una emozione gradita toglie l'appetito, come ci sono diarree emotive ed aumento di perspirazione cutanea sotto l'influenza dell'attività cerebrale specie nelle emozioni molto vive. Tutti conoscono la poliuria emotiva e tutti sanno come una forte contrarietà può far cessare o modificare il latte di una nutrice.

Tutte queste eccitazioni peraltro (motoria, respiratoria, circolatoria, termica, secretoria) determinate dall'attenzione sono seguìte da uno stato di esaurimento proporzionato all'eccitazione subìta. Perciò l'attenzione è seguìta da fenomeni di depressione i quali sono abbastanza facili ad osservarsi quando l'attività intellettuale fu esagerata; e durante questa fase di esaurimento si constata una diminuzione della forza muscolare, i movimenti respiratori sono meno ampii e frequenti, i battiti cardiaci meno energici e minore la tensione arteriosa. Anche la temperatura subisce un certo abbassamento e il tubo digerente, dopo un lavoro intellettuale troppo prolungato si dissecca creando la costipazione. E ben dice il Feré quando così si esprime: ogni volta che un centro nervoso entra in azione esso deter-

mina prima un'eccitazione di tutto l'organismo e poi un esaurimento proporzionato all'eccitazione anteriore.

L'influenza dell'attività psichica su tutto l'organismo si manifesta con disturbi della nutrizione; ed invero l'analisi chimica di taluni umori e secrezioni specie dell'urina dimostra che il lavoro intellettuale provoca delle modificazioni negli scambi nutritizi. L'urina infatti è più carica di acido fosforico durante l'attività intellettuale intensa, molto di meno durante il sonno, lo è pochissimo nei dementi e negli idioti. Si vede che la trasformazione del fosforo nell'organismo dipende in parte dalla attività cerebrale, le cui oscillazioni si ripercuotono tanto sullo scambio fosforico del cervello, aumentandone ed eccitandone l'assimilazione e quindi la disassimilazione, quanto sul ricambio fosforico generale. Golding Birg cita l'esempio d'un predicatore il quale dopo un sermone eliminava una quantità di fosfati doppia del solito.

L'attenzione adunque è un vero stato psichico anormale che non può durare a lungo senza provocare dei disturbi che ora sono leggieri e in certo modo fisiologici, ora gravi, duraturi e veramente patologici; essa esaurisce non solo la cellula nervosa cerebrale, ma l'organismo intero determinando negli apparati della vita animale e della vita vegetativa dei fenomeni d'eccitazione dinamogena o inibitoria, eccitazione seguìta alla sua volta da esaurimento, il quale è molto intenso specie nelle emozioni depressive.

Le considerazioni precedenti ci permettono di supporre che nella produzione degli stati morbosi lo strapazzo mentale agisca senza dubbio in modo assai complesso, esaurendo primieramente la cellula cerebrale, in secondo luogo provocando un'astenia delle principali funzioni della vita vegetativa, ed infine disturbando più o meno profondamente la nutrizione intima dei tessuti. Ma qual'è il limite che separa la fatica cerebrale come stato normale, dallo strapazzo mentale come stato patologico? Questo limite è naturalmente indeciso come quello che in biologia separa il normale dall'anormale. Si può dire tuttavia che la fatica diventa strapazzo quando i suoi effetti psichici e fisici si presentano con insolita intensità e durano eccessivamente.

Etiologia dello strapazzo mentale. — Nella società moderna la frequenza e l'intensità dello strapazzo mentale aumentano ogni giorno più. Nell'ambiente in cui viviamo tutto concorre ad affaticare il cervello. I progressi dell'individualismo, la libertà di pensiero, di parola, di azione, ed infine l'istruzione diffusa, hanno aperto un campo immenso e sconfinato all'ambizione umana. Se peraltro l'ambizione è un sentimento lodevole e fecondo, essa diventa però una delle potenti cause di strapazzo mentale quando non è proporzionata al lavoro intellettuale e morale di ciascun individuo. Vi sono poi delle circostanze speciali che aggravano i suoi tristi effetti. Le concorrenze ed i concorsi sono tra le cause principali di esaurimento cerebrale; infatti il grande numero di competitori non permette di raggiungere la meta coi concorsi fuorchè in età avanzata, il che obbliga ad uno sforzo prolungato ed inparte inutile e sterile per la società. Un'altra conseguenza dell'ambizione è l'immigrazione nelle città, specie grandi, favorita attualmente dal servizio militare che fa perdere al giovane contadino l'amore salubre del lavoro dei campi. Ora nelle grandi città la concorrenza vitale è più accanita e il desiderio del lusso più sfrenato. Nelle grandi città le idee evolvono con rapidità sorprendente e pare che tutto cospiri a tener sempre desta l'attenzione od a commuovere le folle; quindi gli elementi di fatica cerebrale sono ancora maggiori.

Lo sviluppo della stampa ha una grande importanza rispetto allo strapazzo cerebrale. Attualmente i giornali e i romanzi sono diventati indispensabili per molti individui. I giornali sostengono le opinioni più disparate con la stessa apparenza di convinzione e fanno oscillare le menti in modo disordinato. I romanzi accumulando le emozioni in un breve spazio di tempo, diventano causa di strapazzo morale artificiale, esacerbano la sensibilità e fanno sembrare la vita di ogni giorno monotona e triviale. In individui già esauriti atavicamente queste condizioni sociali determinano vari stati morbosi, specialmente nevrosi e pazzia; nei più sani dànno luogo spesso a malcontenti, a delusioni, a malinconie, a rivolta, e gli effetti del loro stato mentale si manifestano nei discendenti, che diventano esausti e irritabili, incapaci di resistenza contro l'azione dello strapazzo. Lo strapazzo eventuale può aver luogo per eccesso di attenzione nel campo intellettuale o nel campo affettivo.

1. *L'eccesso di lavoro intellettuale* stanca in modo attivo, non per l'intensità, ma per la continuità del lavoro unita, per solito, a insufficienza di riposo, lo strapazzo morale può aver luogo sia per intensità dello stato emotivo come per la sua persistenza. Lo strapazzo intellettuale può essere effettuato solamente per uno sforzo di volontà, quindi non si osserva nei bambini. È soltanto verso i 16 o 18 anni, quando si tratta di superare gli esami, che può aver luogo e produrre effetti morbosi. Però il vero strapazzo si riscontra solo in uno stadio successivo della vita, negli studenti che si preparano a qualche concorso, negli uomini adulti costretti dalla propria professione o dalla posizione sociale a compiere talora una quantità di lavoro superiore alle loro forze. Questi individui spesso si esaltano con mezzi artificiali, vegliano di notte e si privano di riposo; alcuni arrivano alla meta e resistono, altri infine non riescono a compiere il cammino, e lo strapazzo li abbatte per via. È negli uomini, infatti, che si osservano casi di isterismo da strapazzo, e specialmente dei casi di nevrastenia. Le conseguenze dello strapazzo intellettuale si osservano dapprima in quei giovani che abbracciano quelle carriere nelle quali tutto dipende dai concorsi. In tali casi non si tratta di possedere un minimo di conoscenze, ma di superare gli altri concorrenti; questo stato di cose dà luogo all'emulazione, sentimento lodevole ed utile quando è contenuto entro certi limiti, detestabile e nocivo quando è portato all'eccesso. Coloro che in medicina, ingegneria e in altre professioni seguono la carriera dei concorsi, le ragazze che si precipitano innumerevoli all'insegnamento, sono altrettante vittime designate dello strapazzo intellettuale. I commercianti, gl'industriali maneggiano grandi somme, calcolano degli interessi rilevanti, dànno la caccia ai migliori sbocchi delle proprie merci o alle migliori invenzioni; la loro mente è sempre tesa, febbrile, strapazzata. Però lo strapazzo intellettuale si riscontra specialmente nelle professioni liberali. Tutti i giorni si ha occasione d'osservare fenomeni di esaurimento in coloro che lavorano con eccessiva intensità ad un'opera letteraria, scientifica o artistica: questi lavori richiedono un'attenzione viva e prolungata, e stancano presto e la mente e il corpo. Allo strapazzo intellettuale si aggiunge spesso lo strapazzo morale: alla fatica cerebrale si associa la preoccupazione angosciosa dell'esito di un esame, del successo di un affare di danaro o di un'opera intellettuale.

2. *Lo strapazzo morale o passionale* è causato da tutte le passioni vivaci che durano a lungo. Le emozioni gradite hanno fama di cagionare conseguenze dannose: è certo che una gioia moderata provoca in tutto l'organismo una sensazione di vigore e di benessere. Però nei grandi centri si osservano degli spensierati e delle sfaccendate che vanno sistematicamente in cerca di tutto ciò che può loro provocare una sensazione piacevole: spettacoli, esposizioni, giuochi, visite, ricevimenti, esercizi sportivi, corse, ecc. Una vita simile dà luogo a tante emozioni, che, rinnovandosi senza posa, finiscono per esaurire. Questo strapazzo mondano è noto ai medici delle grandi città. Ma lo strapazzo passionale è dato specialmente da talune emozioni tristi, come ad esempio: i dispiaceri, l'angoscia, il dolore per la perdita d'una persona cara, per un'ambizione delusa, per un rovescio di fortuna, per una malattia cronica come la sifilide, l'ansia che accompagni gli imbarazzi finanziari, le preoccupazioni d'interesse, il pensiero dell'avvenire proprio e dei figli. Quando queste passioni invadono l'animo ed eccitano l'attenzione in modo continuo, in brevissimo tempo esauriscono i nervi e l'organismo intero.

Lo strapazzo mentale non finisce sempre destando accidenti morbosi. Perchè questi si producano sono necessarie determinate condizioni che dipendono e dalla forma dello strapazzo e dalle predisposizioni dell'individuo che vi si assoggetta. La forma di strapazzo più intenso è quella in cui all'eccesso di lavoro si uniscono le vive preoccupazioni morali. L'uomo che senza preoccupazione del domani si dà con ardore agli studi speculativi, non incorre in grandi pericoli, ma colui che strapazza il suo cervello con pensiero continuo dinanzi a sè di uno scopo da raggiungere, una rovina da evitare, un affare importante, un esame o un concorso da cui dipende il suo avvenire e quello della famiglia, questi può cadere e rimanere a lungo in un vero stato di esaurimento nervoso. Dannose sono anche le conseguenze date dalla combinazione dello strapazzo fisico con lo strapazzo mentale, la professione medica ne fornisce troppi esempi: il camminare prolungato,

l'ascensione di molte scale unite alla preoccupazione di casi gravi, di contentare la propria clientela, finiscono molte volte per esaurire, specie nelle città, l'organismo e la mente del povero sanitario. Non tutti gli individui, peraltro, vanno soggetti allo strapazzo. Vi sono delle persone deboli di mente che si rifiutano ad ogni eccesso di lavoro, proteggendo così la propria salute cerebrale, e bisogna esser contenti che ci siano queste persone deboli di mente; esse rappresentano per la razza, le riserve dell'avvenire.

Però a capacità uguale, chi segue la propria vocazione è molto meno soggetto allo strapazzo di chi ha seguìto un'altra via sulla quale non lo chiamavano nè le sue facoltà, nè i suoi gusti. Come vi sono degli individui che compiono senza fatica o senza accidenti una quantità di lavoro intellettuale dal quale altri esce esaurito ed ammalato, vi sono delle persone che sopportano i colpi della fortuna, sotto i quali altri cadono. Tutto dipende dalla potenza intellettuale e dalla resistenza morale di ciascun individuo. E la resistenza e il valore di ciascun individuo dipende da molte condizioni come l'eredità, l'educazione, gli stati morbosi. I figli possono sentire le conseguenze dell'eccesso di lavoro dei genitori, ed individui nati da genitori nevropatici saranno colpiti più sicuramente di quelli nati da parenti sani. Finalmente gli effetti tristi dello strapazzo mentale sono dovuti a stati morbosi concomitanti. L'influenza d'intossicazione specie dell'alcoolismo e l'influenza delle infezioni, specie della sifilide, sono estremamente considerevoli. E riassumendo, lo strapazzo mentale provoca accidenti gravi e durevoli quasi soltanto in individui discendenti da strapazzati, nevropatici, alcoolisti e sifilitici e si combina, per solito, con le influenze ereditarie o morbose sopra enumerate.

Conseguenze dello strapazzo mentale:

a) *Disturbi nervosi.* — Lo strapazzo mentale ripercuote i suoi tristi effetti su tutto l'organismo.

Osserviamo, ad esempio, un uomo costretto ad un lavoro di gabinetto: lavora tutto il giorno e veglia fino a notte tarda. Per lunghe ore concentra fortemente l'attenzione sull'oggetto del suo studio, va a letto tardissimo ma non si addormenta, pensa al lavoro lasciato incompiuto e prova delle sensazioni penose di freddo alle estremità, di costrizione al capo, di rottura agli arti, di stiramento all'epigastrio. Di solito una notte di sonno ripara le forze esauste, ma se l'eccesso di fatica cerebrale si ripete, compare un vero stato morboso che, secondo il Bouveret, non è altro che la nevrastenia, una forma benigna senza labe, dipendente da semplice esaurimento nervoso. L'incedere, la stazione eretta, un movimento brusco possono determinare un leggero stato di vertigine; la vista si indebolisce alquanto, il carattere diventa irascibile, il lavoro intellettuale più penoso; il paziente può esser tormentato da una cefalea più o meno intensa, intermittente e variabile per sede, ora frontale, ora orbitaria, ora occipitale, ora ad elmo, frequentissima questa nei giovani che si preparano agli esami. Questi sintomi scompaiono rapidamente appena cessato l'eccesso di lavoro, ma se l'individuo presenta della labe ereditaria, allora la nevrastenia sarà grave, tenace, che diventa un supplizio per il malato ed una umiliazione per il medico. Lo strapazzo intellettuale quando è unito a quello morale è una delle cause più certe della nevrastenia, ma, ripeto, secondo gli autori moderni, la forma vera, seria di nevrastenia è corredata quasi sempre dall'eredità. Un'emozione, uno spavento, possono far scoppiare la corea, il morbo di Parkinson, un parossismo isterico, un delirio, ma solo in individui predisposti dal nervosismo ereditario, dall'alcoolismo o da una diatesi preesistente. Il numero crescente delle paralisi generali, di pazzia, di suicidio, si deve allo strapazzo mentale che cresce ogni giorno più; ma anche qui la sovrattività cerebrale non è la sola influenza in azione, ma parte è data sempre dall'eredità, dalle intossicazioni e dalle infezioni. La febbre tifoide, la pneumonite in individui strapazzati assumono frequentemente la forma delirante, e la sifilide, a dire del Fournier, si localizza con predilezione nel cervello degli strapazzati.

b) *Disturbi digestivi.* — Tutti i clinici ammettono i disturbi dispeptici per accesso di lavoro intellettuale, per vive preoccupazioni ed emozioni morali; chi ammette ipercloridria, chi ipocloridria, molti ritengono che le passioni depressive, i dispiaceri, la tristezza prolungata provocano la miastenia gastrica. Un'emozione violenta, specie la paura, può provocare la diarrea, e lo strapazzo prolungato la stipsi. Tali disturbi scompaiono facilmente appena

all'eccesso di funzione succeda il riposo; ma quando s' ha labe ereditaria i disturbi dispeptici si aggravano e aggravano alla loro volta i disturbi nervosi stessi, venendone una specie di circolo vizioso che non è tanto facile a rompersi, e a debellarsi con l'arte terapeutica. Una viva emozione morale può determinare la comparsa dell'itterizia, per altro le condizioni patogenetiche dell'ittero emotivo sono ancora oscure.

c) *Disturbi cardiovascolari.* — Il cuore è l'indice di tutte le emozioni; il cuore fisico, dice Peter, è sempre complicato da un cuore morale e la fatica eccessiva di questo produce disturbi anche in quello. Negli individui deboli o impressionabili una emozione violenta può determinare una sincope anche mortale, a questa si deve unire anche lo schoc nervoso dovuto ad una serie di atti inibitori di cui il principale è rappresentato dall'arresto del ricambio; esso è provocato specialmente da una emozione molto viva e improvvisa che può dare in ventiquattro ore anche la morte. Gli accidenti provocati dallo schoc nervoso si producono peraltro specialmente in individui affetti da debolezza nervosa congenita o acquisita. E si raccontano molti casi d'individui morti improvvisamente in seguito a una violenta emozione. È nota l'influenza delle emozioni nella produzione delle emorragie; una azione viva fa aumentare bruscamente la tensione arteriosa e se i vasi hanno una fragilità morbosa si lacerano ed ha luogo l'emorragia. L'emorragia cerebrale può esser prodotta da emozioni assai vive in individui che hanno aneurismi miliari del cervello. Una collera, una forte emozione possono determinare una emottisi nei tubercolotici, l'ematemesi in quelli affetti da ulcera rotonda, il flusso anale negli emorroidarii. Le emozioni morali, al dire di C. Bernard, possono determinare una dilatazione permanente del cuore con o senza ipertrofia; è difficile stabilire se l'astenia cardiaca sia dovuta esclusivamente a strapazzo morale o sia solo un'aggravante d'una lesione cardiaca già preesistente. Huchard opina che le emozioni siano le cause più frequenti dello sviluppo dell'arteriosclerosi in generale e dell'arteriosclerosi del cuore in particolare. Le emozioni prolungate dànno luogo ad uno stato quasi permanente di angiospasmo e d'ipertensione arteriosa: individui giovani e sani senza labe diatesica, tossica o infettiva presentarono arteriosclerosi in seguito a disgrazie, emozioni e inganni d'ogni sorta. Sono quindi le frequenti oscillazioni della pressione e della velocità del sangue sotto l'influenza dell'attenzione con o senza emozioni quelle che a lungo andare stancano il cuore e i vasi.

d) *Disturbi cutanei.* — L'influenza delle emozioni penose è innegabile sulla natura di alcune dermato-nevrosi. Così uno choc morale può provocare un'eritema, l'orticaria, l'erpete, la calvizie, come un'emozione sgradevole può dare sudori profusi e nei nevropatici anche cromidrosi. L'emozione peraltro è senza dubbio una causa occasionale, si deve dare largo contributo alla predisposizione.

e) *Disturbi mestruali.* — Nelle ragazze assoggettate allo strapazzo mentale sono frequenti i disturbi di mestruazione, come l'amenorrea e la dismenorrea; un'emozione troppo viva può dare talora l'arresto brusco della mestruazione.

f) *Strapazzo mentale e infezioni.* — Lo strapazzo mentale può predisporre alle infezioni come lo strapazzo fisico. Ora questo strapazzo mentale esaurisce i nervi e modifica la composizione dei tessuti, e in tal modo si spiega la predisposizione degli strapazzati all'infezione. Così la febbre tifoidea è frequente in coloro che si preparano ai concorsi. Laënnec spiega e ragionevolmente il legame fra la tristezza e la tubercolosi, aumentato dalla dispepsia generata dalle passioni depressive. Lagneau asserisce che la tisi compare spesso nei giovani studiosi che rimanendo quasi continuamente chini sul tavolino, respirano in modo incompleto. Dufertel cita l'esempio di una ragazza colta da tisi acuta in seguito allo strapazzo cagionato dalla preparazione ad un esame, ed Hervieux afferma che l'infezione puerperale è molto più funesta nelle donne agitate da gravi preoccupazioni morali, come ad esempio, nelle ragazze non maritate. Gli effetti deleteri dello strapazzo mentale poi non si limitano all'individuo, ma si fanno sentire su tutta la razza. Nello strapazzo mentale troviamo quindi una delle prime cause della decadenza della specie umana, decadenza che va sempre aumentando in seguito all'azione combinata dell'eredità o della fatica cerebrale, e si manifesta con deformità fisiche che ne sono le stimmate esterne e con fenomeni svariati che si connettono ora

col nervosismo ora con l'artritismo; dal primo derivano i diversi disturbi nevropatici, dal secondo parecchie altre affezioni come la dispepsia, l'emicrania, l'asma, la gotta.

Terapeutica ed igiene nello strapazzo mentale. — Dinanzi a questi individui intellettualmente esauriti come si deve comportare il medico? Poichè lo strapazzo mentale non è altro che un esaurimento dell'energia cerebrale dato da tante cause, il compito del medico è di mantenere la conservazione di questa energia e di provocarne la restaurazione; resta sempre nel cervello stanco una riserva di energia in potenza, un potenziale energitico che si tratta di mettere in valore, bisogna ridestare altre forze latenti e specialmente prevenire ulteriori spese di energie. Il còmpito è delicato e non è tanto facile a risolversi come si potrebbe credere a prima vista. Possiamo provocare nel cervello delle reazioni diverse, creatrici di energia e reintegrarlo delle energie perdute o fiaccate. Vi si arriva in due modi: con la rieducazione psichica e con la rieducazione fisica; infine esistono delle prescrizioni, delle regole positive da stabilire, delle proibizioni da impórre al malato. Non bisogna assegnare allo strapazzato di mente un compito che questi si sente nella impossibilità di espletare; questo metodo genera scoraggiamento e produce una nuova aggiunta di strapazzo. Si commetterebbe inoltre un grave errore se si volessero adoperare gli stessi metodi in tutti i soggetti. Bisogna variare le formole secondo i temperamenti, adattarle alle esigenze individuali di ogni persona, è prudenza andare lentamente e non precipitare le cose. Se si è obbligati ad esigere da un malato certe spese di energia, bisogna che queste spese siano produttive, in questo senso che il guadagno, come dice il De-Grandmaison, deve sensibilmente superare la perdita. Non esiste per altro regola generale; il medico deve studiare il suo strapazzato di mente e variare i propri procedimenti; non deve mai ingannare il malato nè fargli concepire delle speranze troppo rapide od irrealizzabili.

Per riuscire a questa suggestione continua occorre al medico una grande pazienza, un grande spirito di sacrifizio; egli deve conquistare la fiducia del suo malato e conquistarla con nobiltà, con il sapere e con la premura verso di lui. La linea di condotta che adotterà dipenderà dalla conoscenza perfetta delle reazioni del suo malato. Accade spesso che un mutamento di vita sia necessario; si consigliano i viaggi, le distrazioni, il mare, la montagna, ecc., tutto un po' a casaccio; ora simili decisioni, se non sono prese razionalmente e giustamente possono procurare le più funeste conseguenze. Bisogna evitare alle persone strapazzate ed esaurite quello che il De-Grandmaison chiama giustamente il *surmenage* familiare ed il *surmenage* delle distrazioni. Nella famiglia si hanno mille piccole cure, tutti si interessano dei pazienti, le visite si succedono alle visite, tutti s'informano delle più piccole modificazioni della salute, si esagerano le precauzioni, si rammenta incessantemente al malato che è sofferente, si fissa così la sua attenzione sul male che ha, e si finisce col creare in lui una irritabilità nervosa che accresce lo esaurimento e la inquietudine. Così pure col pretesto delle distrazioni si lanciano nella folla degli ammalati esauriti; essi frequentano i balli, le serate, i pranzi, ecc., e il loro strapazzo in luogo di diminuire non fa che aggravarsi. Qualunque ammalato esaurito non può riconfortarsi che con un nuovo adattamento delle sue facoltà ad occupazioni che lo allontanino progressivamente dalle cause che hanno provocato l'esaurimento. Questo nuovo adattamento e questo mutamento possono essere ottenuti coi mezzi fisici e con una cura psicoterapica.

Belvedere Ostrense (Ancona), novembre 1912.

Dott. ERCOLANI PIETRO.

BIBLIOGRAFIA.

MARIE MANACEINE. *Le surmenage mental dans la civilisation moderne.* Paris, 1910.

TH. RIBOT. *Psychologie de l'attention.*

CH. FÉRÉ. *La pathologie des émotions.*

ANGELO MOSSO. *La fatica.* Milano, 1892.

CH. FÉRÉ. *Le surmenage scolaire.* Progrès médical.

GALTON. *Recherchs sur la fatigue mentale.* Revue scientifique, 1899.

L. BOUVERET. *La neurasthénie, épuisement nerveux.* Parigi, 1901.

V. A. MATHIEU. *La nevrastenia.* Unione tipografico-editrice, Torino.

DUFESTEL. *Phthisie aiguë et surmenage.* Journal de clinique et de thérapeutique infantile.

V. POYET. *Du surmenage.* Société française, Paris, 1904.

LAGRANGE. *La fatigue et le repos.* Felix Alcan. editore.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 30 giugno 1913.

Prof. **V. De Cigna**. *Postumi di infezione tonsillare.* — L'A. presenta una ragazza di circa quattordici anni con fatti paretici o paralitici interessanti i territorii innervati dal IX, X, XI paio, insorti successivamente ad un'affezione tonsillare. L'A. illustra il caso accennando ad alcune considerazioni relative alla quistione non ancora ben definita della innervazione del palato molle e del laringe

Prof. **S. Rolando**. *Sull'asportazione dei papillomi vescicali* (Nota di tecnica operativa). — L'O. riferisce sopra due casi clinici da lui trattati, nei quali al fine di poter identificare la papilla ureterale praticò l'asportazione preliminare della parte villosa ed espansa del tumore, previa legatura del peduncolo. Nei due casi felicemente operati l'A. potè in tal modo procedere poi alla operazione ossia all'asportazione totale, salvaguardando la papilla da qualsiasi offesa operativa.

Prof. **U. Parodi**. *Sull'ipertrofia uterina sperimentale della cavia.* — I complessi lipoidei di placenta umana corrispondenti a gravidanze di 4, 5 ½, 6 e 7 mesi determinano una evidente ipertrofia dell'utero nella cavia, e così pure i complessi lipodei ottenuti da placenta umana a termine, disseccata al calore ed a temperature assai elevate, e i complessi lipodei di placenta umana a termine, essendo morto o macerato il feto.

Prof. **G. Ingianni**. *I calcoli del rene e il loro trattamento chirurgico* (Relazione di casi operati). — L'O. riferisce su cinque casi di calcolosi renale da lui recentemente operati con successo due dei quali illuminano in modo speciale la patogenesi di tal forma morbosa. In uno l'A. crede probabile l'esistenza di un nesso patologico tra una affezione acuta del faringe e la susseguente formazione di un ascesso renale, punto di origine di un grosso calcolo ramificato della pelvi; nell'altro pensa che il calcolo si sia formato per le mutate condizioni anatomiche dell'organo, indotte dalla sifilide sofferta dal paziente qualche anno addietro.

Quattro casi li trattò con la nefrolitotomia; nel quinto, date le profonde alterazioni del rene credette più opportuno fare la nefrectomia, in primo tempo. Conclude insistendo sulla opportunità di ricorrere a tutte le indagini possibili prima di poter escludere la presenza di un calcolo del rene che si intuisce dal complesso dei sintomi; per il trattamento raccomanda la nefrolitotomia, come meno pericolosa della nefrectomia, e quando è possibile consiglia la pelvi-litotomia.

Prof. **M. Chiò**. *Il meccanismo dell'azione tossica dell'acido cianidrico.* — Le cause dell'intossicazione si debbono riconoscere negli spostamenti dell'equilibrio chimico che si determinano nei liquidi dell'organismo per la formazione di cianuri-idrati-carbonati. L'intossicazione è specialmente violenta: per la complessità degli spostamenti che avvengono con la formazione di ciascuno di questi sali; per la rapidità con cui si compiono tali reazioni chimiche; per la irreversibilità della reazione che decorre completamente; per la sottrazione di ioni liberi in seguito a formazione di idrati e carbonati neutri poco solubili; per la rigenerazione continua dell'agente tossico; per la grande diffusione del gas HCN; per le speciali condizioni del mezzo nel quale l'agente opera: agitazione del liquido, presenza di membrane di diffusione e di membrane semipermeabili, eccesso di CO_2. Lo studio di queste reazioni, il comportamento dei gas della respirazione, l'analisi delle variazioni di colore del sangue, la rapidità dell'eliminazione del veleno e della scomparsa dei sintomi tossici costituiscono il quadro sperimentale che permette all'A. di porre la sua ipotesi sull'azione tossica dell'acido cianidrico. La speciale sensibilità del sistema nervoso spiega il fatto che gli animali superiori soccombono prima che siano alterate le azioni enzimatiche degli organi e che soltanto alcune del sangue siano inibite. Le cause di morte per essi non sono quindi rappresentate dall'arresto in modo speciale dei processi ossidativi — cioè da una asfissia interna — ma dal violento spostamento dell'equilibrio chimico dei liquidi organici, che altera tutto il complesso delle funzioni vitali. In conclusione l'acido cianidrico è tossico in quanto determina universalmente uno spostamento di reazione nel senso cianuro-idrato-carbonato (alcalino ed alcalino-terroso); e la sua enorme tossicità è dovuta al fatto che agisce come catalizzatore, che cioè, non si lega stabilmente e non si consuma, ma si rigenera continuamente dai suoi sali solubili ed idrolizzabili e determina un decorso completo della reazione fino ad esaurimento delle sostanze originarie.

Prof. **A. Catterina**. *Due gravi traumatismi del torace.* — L'O. riferisce sopra due casi di grave

traumatismo del torace illustrandone la storia clinica e l'atto operativo eseguito: in entrambi i casi l'intervento portò la guarigione.

Dott. G. **Rossi**. *Sull'azione inibitrice del pancreas sulla glicosuria da distruzione della ghiandola carotidea.* — L'O. conferma con dati sperimentali le ricerche di Vassale: riferisce di aver inibito nel gatto una tale glicosuria con la iniezione per via endoperitoneale di un estratto glicerico di pancreas di gatto.

Prof. **A. Catterina**. *Sopra un caso di ernia strozzata in un bambino di un mese.* — Presentazione di un caso operato e guarito.

Prof. **G. Ingianni**. *Un raro esemplare di calcolo vescicale formatosi su di un corpo estraneo.* — Presentazione ed illustrazione dell'esemplare.

SEGÀLE.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

(Seduta 11 giugno 1913).

Presiede il prof. comm. **Cesari**.

Prof. **R. Simonini**. *Rapporto fra contenuto di calcio nelle ossa e la dentizione dei bambini.* — Allo scopo di stabilire se vi abbia rapporto fra contenuto di calcio nelle ossa mascellari e la dentizione dei bambini, anzitutto ha determinato la quantità media dei sali di calcio nelle ossa mascellari dei bambini normali in diversi periodi dell'età in cui regolarmente si sviluppa la dentizione; quindi ha ripetute le stesse ricerche in bambini rachitici nelle stesse ossa, e nei medesimi periodi di vita. Ha stabilito poi la quantità dei sali di calcio nei denti del bambino sano ed in quelli dei rachitici. Dalle numerose ricerche è venuto alla conclusione che vi ha un rapporto diverso fra il contenuto di calcio nelle ossa mascellari e la dentizione dai bambini rachitici ai normali; fra quello e la costituzione dei denti medesimi: ed inoltre che certe deviazioni di forma, volume, ecc. dei denti sono dovute al minor contenuto di calcio neidenti. Tuttociò ci deve indurre a mezzi di cura convenienti nei bambini rachitici.

Prof. **R. Simonini**. *Contenuto di acido fosfo-carnico nei muscoli di animali tiroidectomizzati.* — Considerando il grande valore dell'acido fosfocarnico come coefficiente di nutrizione e di sviluppo nel bambino, sopratutto la sua grande importanza nell'assorbimento e nella assimilazione del fosforo, ha creduto di stabilire la quantità nei muscoli dopo l'ablazione della tiroide. Dice l'oratore che l'acido fosfo-carnico, o mideone ha una molecola assai complessa, una formula difficile a stabilirsi che contiene N e P e che fu ormai trovata in quasi tutti gli organi degli adulti e del neonato e che pare venga utilizzato nella contrazione muscolare. Per le ricerche sue nei muscoli di animali privati della glandola tiroide, si è servito del metodo proposto da Bolke ed Iole, con modificazioni ritenute necessarie dall'esperienza. Dalle sue ricerche che espone risulta che l'acido fosfo-carnico trovasi nei muscoli degli animali stiroidati in quantità molto inferiore a quelle che sono state stabilite dai vari AA. nei muscoli d'animali in condizioni normali.

L'ablazione della tiroide porta a diminuzione sempre dell'acido fosfo-carnico, ed anche alla sua scomparsa quasi totale quando l'animale sopravvive per lungo tempo all'operazione e manifesta i fenomeni classici della cachessia strumipriva. Anche negli altri organi si verifica tale diminuzione dell'acido fosfo-carnico. Tale reperto è della massima importanza, perchè dimostra di quale utilità sia la glandola tiroide per i processi del ricambio, e perchè con la diminuzione dell'acido fosfo-carnico nei vari organi, e sopratutto nel cervello e nei muscoli, si può spiegare gran parte della sindrome strumipriva nelle malattie dovute ad ipo e ad atiroidismo.

Prof. **R. Simonini**. *Un caso di degenerazione cistica dei reni di un neonato.* — Fa una breve illustrazione. La degenerazione cistica era completa sì che nessuna traccia di tessuto si poteva osservare nei due reni; gli ureteri erano enormemente sviluppati, così la vescica voluminosissima ed ipertrofica.

Prof. **L. Vaccari**. *Resoconto clinico-operativo. Triennio 1910-913.* — Si tratta di 683 operazioni la più parte eseguite nell'ospedale Costanzo Mazzoni di Ascoli Piceno e parecchie interessanti praticate nell'Ospedale Maggiore di Bologna.

Prof. **L. Vaccari**. *Gangrena e perforazione dell'appendice in un'ernia inguinale congenita di un bambino di 18 giorni.* — L'O. richiama l'attenzione sulle varie circostanze che possono indurre ad eseguire la cura radicale dell'ernia nella prima infanzia.

Da tre osservazioni proprie l'O. si è convinto che il viscere erniato incontra disordini di irrorazioni da considerarsi importanti fattori eziologici predisponenti al processo infiammatorio, a scongiurare il quale egli è d'avviso, che anche nei piccoli bambini, ogni ernia che contenga l'appendice, se questa è irriducibile o se provoca dolori, debba operarsi.

Nei casi del Vaccari si trattava due volte di ernia inguinale destra congenita e una volta di

ernia inguinale destra acquisita. L'appendice presentava sempre il tipo embrionario e mentre nelle ernie congenite aveva un lungo meso, nell'acquisita era sessile.

La diagnosi può essere ben precisata quando non vi sia strozzamento o appendicite, nei quali casi essa resta di probabilità dovendosi sospettare l'epiplocele strozzato, lo strozzamento intestinale parziale, la torsione del testicolo.

L'appendicocele dall'O. non fu mai riscontrato in femmine. In un'ernia congenita di una bambina di due mesi da lui operata d'urgenza, trovò un'ovaia ritorta e in via di necrosi.

Nelle ernie *pure appendicolari* Vaccari fece una vera amputazione dell'appendice ed ebbe esito fausto anche nel caso di gangrena e perforazione dell'organo conseguita essenzialmente a processo flogistico non essendosi potuto riscontrare anatomicamente alcun segno di strozzamento.

C. GAZZETTI.

Società fra i cultori delle scienze mediche e naturali di Cagliari.

Seduta del 26 giugno 1913.

Prof. **Agostino de Lieto Vollaro**. *Risultati sperimentali di trapianti di vasti lembi di cornea, con completa conservazione della trasparenza - Norme di tecnica.* — L'A. presenta sei conigli operati di trapianto di vasti lembi di cornea, tolti o dall'altro occhio dello stesso animale, o da occhi di altro animale della stessa specie, e nei quali si era ottenuto col procedimento seguito dell'A. un completo attecchimento e la perfetta conservazione della trasparenza del lembo di cornea trapiantato.

La data del trapianto variava nei conigli suddetti da un minimo di due giorni ad un massimo di 66 giorni e nei trapianti di data più antica la immedesimazione del lembo trapiantato con la cornea contigua era così perfetta, che solo ad una attenta osservazione, e meglio ancora con l'aiuto di una lente e ad illuminazione focale, si poteva riconoscere una sottile linea grigiastra superficiale che segnava i confini del lembo trapiantato.

In uno di questi conigli il trapianto era stato eseguito allo scopo di sostituire un lembo di cornea trasparente ad un tratto corrispondente di cornea opacata per esteso leucoma centrale, che l'A. era riuscito ad asportare con accurata dissezione. Il lembo trapiantato rimase anche in questo caso completamente trasparente, e si ottenne un evidente ricupero della funzione visiva, dell'occhio operato.

La tecnica seguita dall'A. in queste sue esperienze fu la seguente:

1° Delimitazione sulla superficie anteriore della cornea, mediante opportune incisioni praticate fino ad una certa profondità col coltellino di Graefe, di un'area rettangolare, la quale nel senso della larghezza comprenda a un dipresso il terzo medio della cornea, e nel senso della lunghezza si arresti a 1 mm. dal limbus. La direzione di quest'area rettangolare può seguire uno qualsiasi dei meridiani della cornea; ma per rendere meno possibile che dopo eseguito il trapianto, i movimenti di chiusura delle due palpebre, o quelli della terza palpebra possano produrre piccoli spostamenti del lembo, è preferibile seguire uno dei meridiani obliqui della cornea.

2° Accurata dissezione ed asportazione del lembo di cornea compreso tra le incisioni, cominciando la dissezione da uno degli angoli del rettangolo. Nei conigli la manovra di dissezione è facilissima, dappoichè dopo aver dissecato il piccolo lembetto angolare, il resto del lembo si lascia facilmente dissecare come per clivaggio dagli strati profondi che rimangono in sito.

3° Ottenuta così una perdita di sostanza rettangolare che rappresenta il letto del trapianto, si praticano due piccole saccocce nello spessore della cornea in quei brevi tratti di cornea che separano la perdita di sostanza del limbus. Indi si isola nel modo dianzi descritto dalla cornea di un altro coniglio un lembo rettangolare di dimensioni un pochino maggiori di quello asportato, e di spessore a un dipresso consimile, e lo si trasporta a ricoprire la perdita di sostanza della cornea del primo occhio, insinuandone i due estremi nelle saccoccie periferiche a tal uopo praticate. Il lembo trapiantato viene fissato nella sua nuova sede mediante fili che passano per ciascuno degli angoli del lembo e che si fanno riuscire un po' al di là del limbus dove si annodano. In tal modo si ha una sicura fissazione del lembo, e per la trazione esercitata dai fili ai quattro angoli del lembo, nello stringerne i capi ed annodarli, esso viene a combaciare perfettamente con la sua superficie profonda sul piano della perdita di sostanza senza che vi sia pericolo di ulteriori spostamenti o di pieghettature del lembo, il che comprometterebbe le sorti del trapianto.

Questo metodo di cheratoplastia parziale dà nel coniglio risultati costanti e sicuri dal punto di vista dell'attecchimento del lembo e della conservazione della sua trasparenza, purchè si operi con molto rigore di asepsi. Poichè i fili rimangono nascosti nella profondità della cornea, si può lasciare l'occhio del coniglio senza alcuna fasciatura e non v'ha necessità di ricorrere alla tarsorrafia.

In vista di questi risultati sperimentali così incoraggianti l'A. si propone di applicare lo stesso procedimento di tecnica anche nell'uomo, nei casi di vasti leucomi superficiali, dove non sia possibile praticare una iridectomia a scopo visivo, ed avvalendosi di cornee umane, o tolte dal cadavere subito dopo la morte, o da bulbi a cornea integra, enucleati dal vivente per condizioni patologiche che richieggono la enucleazione e permettano di considerare come affatto innocuo il trapianto. C.

Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del giugno 1913.

A. M. Luzzatto e **P. Zambonati**. *Malattia di Banti ed iperplasia nodosa del fegato.* — Si tratta di un caso con reperto ematologico tipico specialmente per la leucopenia. La morte avvenne in uno stadio relativamente poco avanzato per trombosi portale. All'autopsia: milza molto grande e dura; fegato diminuito di volume e di peso. Sulla superficie esterna di questo viscere si scorgono 2 o 3 piccoli nodi d'aspetto adenomatoso. All'esame microscopico della milza: lesioni caratteristiche della malattia di Banti (sclerosi follicolari, fibradenia del reticolo della polpa). Nel fegato cirrosi bivenosa poco avanzata in certi punti, più in altri, senza arrivare mai alla formazione d'anelli. Cellule epatiche in molti punti assai più abbondanti che di norma, spesso piccole e disposte in modo atipico; atipia un poco più manifesta nei noduli d'iperplasia. Lesioni endo e mesoflebitiche della vena splenica e del tronco portale. Il caso è interessante, sia come contributo alla conoscenza del morbo di Banti, sia perchè esso dimostra che anche in questa malattia, come suppone il Kretz per tutte le cirrosi, lo stadio iniziale è dato da un rimaneggiamento della struttura del parenchima, fatto che qui ha raggiunto il massimo giungendo sino all'iperplasia nodosa.

V. Zamorani. *Un caso di malattia di Hodgkin* (presentata dal socio Luzzatto). — Si tratta di un caso tipico di malattia di Hodgkin, notevole per il rapidissimo decorso (poco più di 2 mesi), per la spiccata eosinofilia riscontrata in vita nel sangue circolante ed alla autopsia negli organi ematopoietici, per la presenza di scarsi ma tipici noduli tubercolari in alcuni gangli linfatici. Per l'assenza di altri fatti tubercolari all'infuori dei gangli e per la presenza di punti di passaggio fra il granuloma caratteristico ed il tubercolo, l'O. ritiene debba evidentemente trattarsi di intimi rapporti fra linfogranulomatosi e tubercolosi.

G. Boschi. *Papirofagia familiare.* — Tre donne della stessa famiglia, ad insaputa reciproca, diventarono mangiatrici di carta gialla e non di altra qualità. In particolare, due donne diventarono papirofaghe durante le gravidanze, la paziente presentatasi all'O. era stata papirofaga fin da bambina ed aveva esacerbato il suo sintoma durante le gravidanze e durante un episodio depressivo-isterico, in causa del quale ella è venuta sotto l'osservazione dello specialista. Trovava essa la carta gialla non meno gustosa del pane e della polenta; ma ella si vergognava tuttavia della sua stranezza dietetica; e pur tuttavia, magari di nascosto, ma non poteva farne a meno. Arrivava a mangiare fino ad un foglio grande. Tutte e tre guarirono in seguito ad interventi più o meno psichici.

L'O. rileva la squisitezza della similarità ereditaria nei casi da lui descritti; la evidente importanza della individualità nel foggiare l'aspetto sintomatologico di uno stato depressivo, questa entità patologica tanto multiforme e indistinta, che talora assume il nome di psicosi maniaco depressiva, tale altra di isterismo, tale altra di nevrastenia, o altro ancora, e può variare da individuo a individuo non soltanto per le parvenze sintomatologiche, ma anche per il decorso e per l'esito. L'O. qualifica il suo caso per un così detto « gusto paradossale »; non crede che in vista della irresistibilità del fenomeno egli debba coniare una espressione analoga a quella « geomania » adottata da Bernstein; poichè egli richiama la abituale tendenza sopraffatrice propria dei fenomeni psichici anomali; esemplifica colla maggiore incoercibilità delle aberrazioni sessuali rispetto al buon coito fisiologico; quindi, colla parola sintomatologica « papirofagia » ritiene di aver detto abbastanza.

Quanto alla genesi di questo gusto paradossale, non pare all'O. che il caso in parola sveli qualche cosa di più di quello che si sappia sulla patogenesi dei pervertimenti del gusto in genere. Tutt'al più, crede che l'origine recentissima della carta si opponga ad una interpretazione atavistica. Niente ha potuto egli leggere nel suo caso che spieghi lo speciale contenuto del pervertimento, la carta. BOSCHI.

Pubblicheremo prossimamente:

Buzi, La prostatectomia transvescicale nella cura dell'ipertrofia prostatica;

Mancioli, Sulla sintomatologia delle etmoiditi croniche;

Allegri, Pancreatite da orecchioni;

Cherubini, Sull'applicazione ambulatoria del metodo Forlanini nella cura della tubercolosi polmonare.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Istituto di Clinica e Patologia Medica della Università di Camerino
diretto dal prof. ANDREA FERRANNINI.

L'indacanuria in rapporto alla secrezione esterna del pancreas.

Ricerche di VINCENZO PAGLIONE, interno.

Dalla clinica e dal laboratorio già si sono accumulati una serie di fatti, volgenti alla conclusione che lo indacano, ed anche gli altri eteri solforici, presenti nell'urina, non hanno una origine unilaterale e consistente nella decomposizione batterica degli albuminoidi nello interno dello intestino. Altra sede per questa decomposizione può essere lo interno dei tessuti e per azione, non dei microbi, ma della vita citologica, specialmente quando lo ambiente intraorganico sottosta a gravi intossicazioni intraorganiche generali, come nella inanizione, in alcune forme di diabete.

Dal 1909, E. Morelli, assistente nella Clinica medica di Pavia, diretta dal prof. Forlanini, viene studiando un'altra modalità di genesi per gli eteri solforici e principalmente per lo indossilsolfato. Esso si produrrebbe per decomposizione batterica e principalmente colibacillare non del contenuto intestinale in genere, ma dello speciale secreto, rappresentato dal succo pancreatico, onde, per aversi l'aumento dello indacano nello intestino con la manifestazione della indacanuria, non sarebbero indispensabili il ristagno del contenuto intestinale e la eccessiva decomposizione degli albuminoidi di questo contenuto, potendo bastare alla formazione dello indacano la presenza del succo pancreatico, nonchè del colibacillo, che, come si sa, è ospite normale dello intestino. La indacanuria, così, lungi dal rappresentare sempre un sintoma di esagerata putrefazione intestinale potrebbe indicare, in alcuni casi, semplicemente una sovrabbondanza di secreto pancreatico nello intestino; viceversa, l'assenza o la scarsezza della indacanuria potrebbero costituire un sintoma di insufficiente arrivo del succo pancreatico nello interno dello intestino.

Prendendosi lo spunto da questo ultimo corollario, prospettato dai lavori del dott. Morelli, mi è stato affidato dal direttore, prof. Ferrannini, di ricercare come si comporta clinicamente la secrezione esterna del pancreas in quegl'infermi, in cui l'indacanuria manca o è scarsa.

Questa Clinica medica è stata la prima a proporre, dal 1908, nel campo della medicina interna la ricerca dell'amilasi o fermento amilolitico nelle fecce comparativamente con la ricerca nella saliva, con lo scopo semejologico di trarne un elemento per la diagnosi sulla sufficienza secretiva del pancreas.

Per la prima la ricerca dell'amilasi era nota già da tempo. Basti ricordare che sin dal 1891 se n'era servito Lépine con Barral e con Regaud nei cani spancreati, e nel 1909 se ne servirono Enriquez e Binet nel campo clinico per dedurne un criterio semejologico circa la sufficienza del pancreas come funzione secretiva. Invece, la indagine dell'amilasi nelle fecce è stata attuata per la prima volta negli animali da Stodel, Ambart e Binet nel 1907-908, e per la prima volta nel campo clinico a scopo semejologico nel 1908 dal dott. E. Paganelli in questa Clinica sotto la direzione del prof. Ferrannini. Anzi, sin dalle prime indagini il prof. Ferrannini fece ricercare simultaneamente l'amilasi nelle fecce e nella saliva (v. E. Paganelli, *Bollettino della Società Eustachiana di Camerino*, 1909; *La Clinica Medica Italiana*, 1910, fasc. III) e poi simultaneamente nella saliva, nelle fecce e nell'urina (v. A. Sampogna, *Gazzetta degli Ospedali*, 1911, n. 116).

Questa ricerca simultanea dell'amilasi nelle due sorgenti, saliva e contenuto intestinale, e nella via di eliminazione della secrezione urinaria, non era stata fatta nè nel campo del laboratorio, nè nel campo della clinica, prima dei lavori, compiuti e pubblicati in questo Istituto.

Per lo scopo del presente lavoro, mi sono circoscritto ad indagare l'amilasi soltanto nelle fecce, perchè dai lavori precedenti di Paganelli e di Sampogna è stato assodato che l'amilasi può essere abbondante nella saliva e nell'urina in uno identico infermo, in cui al contrario il fermento manca nelle fecce, come prova che sui risultati relativi alla presenza dell'amilasi nelle fecce ha influenza, pressochè esclusiva, la secrezione pancreatica, e non vi ha influenza lo arrivo della saliva dalla bocca nello intestino. Perciò, basta osservare l'amilasi soltanto nelle fecce per trarne un criterio semejologico sullo stato della secrezione pancreatica.

Come tecnica, per ogni saggio a cmc. 20 della poltiglia fecale aggiungevo gm. 100 di salda di amido a 1 %, preparata di recente, e cmc. 100 di fluoruro di argento o tachiolo a 1 su diecimila, essendo noto dalle citate ricerche, compiute in questo Istituto, che, in quella proporzione, il tachiolo, mentre inibisce l'azione dei microbi, possibilmente capaci di trasformare, per quanto in proporzioni minime, l'amido in glucosio, d'altra parte non menoma l'azione amilolitica del fermento ricercato. Anzi, il tachiolo ha un'azione, piuttosto stimolante, sull'amilasi tanto delle fecce, quanto dell'urina. Il saggio, così preparato, veniva mantenuto in termostato, tra 37° a 40° C., e il potere amilolitico delle fecce veniva dedotto da questi quattro criteri: dal tempo in cui si era iniziata l'amilolisi; dalla elevatezza della cifra di zucchero rinvenuta durante il processo fermentativo; dalla rapidità con cui si era raggiunta quella cifra massima; dalla durata della persistenza nel processo amilolitico, a giudicare dall'aumento, o viceversa arresto definitivo nella produzione dello zucchero a spese dell'amido. Lo zucchero era ricercato e dosato con il metodo di Fehling.

Per ogni infermo, le deduzioni sullo stato dell'amilasi nelle fecce sono state tratte da tre saggi, che istituivo in giorni diversi e con dietetiche differenti, compresa la dietetica prevalentemente amilacea, che, secondo i risultati di Paganelli, è la più adatta a provocare la presenza dell'amilasi nelle fecce.

La ricerca dell'amilasi con questa tecnica ho applicata in quegl'infermi, in cui lo indacano dell'urina, ricercato in molti giorni diversi, col metodo che si preferisce in questa Clinica, cioè quello di Obermayer, mi risultava mancante o presente in tracce minime.

Faccio astrazione dai dettagli, relativi agl'infermi esaminati, perchè sarebbero superflui o un fuor d'opera per l'obbietto della presenta nota. Mi restringo a comunicare la sintesi dei risultati, cioè il potere amilolitico delle fecce è mancato completamente nella proporzione di 24 % per gli infermi in cui l'indacanuria era assente; invece il potere amilolitico è stato molto elevato nella proporzione di 27 % per gl'infermi con indacanuria ugualmente assente, ed è stato del pari molto elevato nella proporzione di 40 % per gli infermi con indacanuria scarsa, non già mancante del tutto, come si notava per gli altri infermi, su cui ho riferito or ora.

Sicchè, i fatti, che ho osservati, soltanto in parte autorizzano ad ammettere un nesso causale tra la mancanza d'indacanuria e la insufficienza della secrezione pancreatica esterna, qualora questa voglia dedursi dalla presenza e quantità del fermento amilolitico nelle fecce. Infatti, in poco più di un quinto degl'infermi con indacanuria assente ho notato parallelamente assenza dell'amilasi nelle fecce. Invece, negli altri infermi con indacanuria assente o molto scarsa ho notato un potere amilolitico molto elevato.

In ogni modo, non sarà superfluo avere, con queste mie ricerche, attirata l'attenzione su un elemento semejologico, atto a concorrere a definire il valore della indacanuria in rapporto alla funzione del pancreas.

***

Conclusione. — La ricerca dell'amilasi nelle fecce può rappresentare un elemento semejologico per definire il valore della indacanuria in rapporto alla funzione del pancreas. I fatti, osservati in una prima serie d'infermi, autorizzano ad ammettere, ma soltanto parzialmente, un nesso causale tra la mancanza o spiccata scarsezza della indacanuria e la insufficienza della secrezione pancreatica esterna.

***

I miei più devoti ringraziamenti al direttore, prof. Ferrannini, che mi ha guidato nelle ricerche.

CASISTICA.

Il liquido cerebro-spinale nella diagnosi dei tumori del midollo spinale.

Il valore diagnostico del liquido cerebro-spinale nei casi di tumori del midollo spinale è poco noto. Nella *Münchener Mediz. Wochenschr.* (1913, n. 19) se ne occupa lo Jancke a proposito di due casi di tumori del midollo spinale

Il liquido cerebro spinale normale è poverissimo di albumina e di elementi cellulari: se trattato con la soluzione *ana* di solfato d'ammonio, esso non si intorbida; contiene appena da 1 a 7 cellule per mmc., ed è parfettamente limpido.

Un lieve aumento di albumina si riscontra in tutti i casi di sifilide, anche se non vi siano sintomi di sifilide spinale o midollare, ma specialmente nei casi di tabe e paralisi progressiva, e poi in tutte le più varie affezioni del midollo spinale.

L'aumento delle cellule o *pleocitosi* ha maggior valore diagnostico. Nella sifilide del sistema nervoso centrale il numero delle cellule oscilla fra 20 e 200 per mmc. Tutte le volte che la reazione del Nonne sia lievemente positiva e si abbia un modico aumento delle cellule, bisogna pensare alla sifilide del sistema nervoso centrale. Se il liquido è torbido, la pleocitosi forte ed abbondante il contenuto in albumina, si tratta di meningite purulenta.

Per la diagnosi di tumori del midollo spinale ha grande importanza il reperto di un forte aumento dell'albumina con pleocitosi lieve o assente, caratteristico dei processi che producono un ingombro del canale vertebrale.

Il *liquor* è limpido, e di colorito ambra o citrino o aureo, è di consistenza quasi oleosa, si coagula rapidamente, con la reazione del Nonne presenta un forte intorbidamento nubecolare o a piccoli fiocchi e dopo qualche tempo un abbondante precipitato.

Poco chiara è l'origine dell'aumento dell'albumina e della xantocromia, che però non va confusa con la tinta più gialla che il liquido assume in seguito alle emorragie delle meningi.

Il Raven pensa che siano da interpretarsi come conseguenze della stasi. È stato osservato che il *liquor* è giallo al disotto del tumore, incolore al di sopra. Secondo il Baruch, il tumore stesso secerne un liquido ricco d'albumina; secondo altri nel *liquor* che ristagna si hanno fenomeni di autolisi ai quali sarebbe dovuto l'aumento del contenuto in albumina. *f. s.*

Parziale estirpazione del verme per tumore cerebellare, con ampia apertura del quarto ventricolo.

Nell'aprile del 1911 fu inviata all'Oppenheim una donna di 30 anni la quale, circa tre anni prima, aveva sofferto dolori gastrici, vomito e cefalea, considerati sintomi di una affezione dello stomaco e migliorati con un trattamento adatto. Da un anno e mezzo però la cefalea e il vomito erano ricomparsi, e ad essi si erano aggiunti diplopia transitoria, vertigine, singhiozzo, ronzio agli orecchi, dimagramento generale. L'esame obbiettivo fece rilevare l'esistenza di papilla da stasi bilaterale, lieve esoftalmo, ipoalgesia nella metà sinistra della faccia, adiadococinesia negli arti di sinistra, dolorabilità al lato sinistro della nuca, mancanza (non costante) del riflesso corneale nell'occhio sinistro.

L'A. ritenne trattarsi di un tumore dell'emisfero cerebellare sinistro; tuttavia, non potendo escludere con sicurezza una meningite sierosa cronica, consigliò di tentare, per tre o quattro settimane, una cura mercuriale. Tale trattamento terapeutico non ebbe però alcun successo. Ad un ulteriore esame obbiettivo fu rilevato che l'adiadococinesia negli arti di sinistra era evidente e costante, e che costante era del pari divenuta la areflexia della cornea di sinistra. Malgrado mancassero l'atassia cerebellare e il nistagmo fu deciso l'intervento chirurgico; e alla fine di giugno, il Krause praticò la trapanazione del cranio in corrispondenza dell'emisfero cerebellare sinistro, riscontrando un linfoangiosarcoma plessiforme fra l'emisfero sinistro e il verme; durante l'estirpazione del tumore fu necessario aprire il quarto ventricolo. A questo grave intervento operativo non seguirono i sintomi gravi che si aveva ragione di temere a carico del respiro e del circolo; solo si ebbero, per la durata di alcuni mesi, nistagmo, vertigine, atassia della mano sinistra, aumenti di temperatura. Ma già alla fine di luglio si rese evidente un miglioramento che andò rapidamente accentuandosi: scomparve dapprima la papilla da stasi, indi il nistagmo e l'atassia, ritornò il riflesso corneale, la paziente potè alzarsi dal letto e camminare. Il 15 gennaio 1913 l'Oppenheim presentò alla Società medica di Berlino la paziente la quale non mostrava più alcun disturbo subbiettivo o obbiettivo tranne, s'intende, una piccola ernia cerebrale.

L'interessante caso mostra come possano esistere tumori del verme cerebellare senza che il soggetto presenti nistagmo e atassia. Ma più importanti considerazioni offre il caso, in rapporto all'intervento chirurgico; esso dimostra infatti che l'apertura del tetto del quarto ventricolo non è così pericolosa come tutt'ora ritiene la maggior parte dei neurologi e dei chirurgi.

All'esposizione clinica dell'Oppenheim il Krause fa seguire una minuta descrizione dell'intervento chirurgico. V. FORLÌ.

(Oppenheim e Krause. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1913, n. 8).

TERAPIA.

La cura dell'inappetenza.

L'inappetenza non è una malattia ma un semplice sintoma che bisogna sempre curare perchè può portare ad una denutrizione di estremo grado. Lo Sternberg sostiene anzi a questo proposito che la cachessia nei tumori maligni è dovuta in gran parte alla perdita di appetito e perciò si comprende perchè il condurango sia stato da qualcuno considerato quasi uno specifico del cancro. Si può dire che fino ad oggi non esiste una

base fisiologica dell'appetito, la terapia è assolutamente empirica e molte volte inefficace.

Gli amari agirebbero in alcuni casi aumentando la secrezione cloridrica, spesso però nei catarri gastrici diminuendo quello stato d'insensibilità gastrica che si accompagna ai catarri colle decomposizioni abnormi. Pare che la secrezione dell'acido idroclorico si abbia solo se, contemporaneamente all'introduzione degli amari, si verifichi quella del cibo: l'azione dell'oressina non è ancora ben chiarita.

L'azione sull'appetito del creosoto, mentolo ed altre sostanze aromatiche si spiega coll'inibizione dei processi fermentativi dello stomaco, così pure agirebbero gli acidi.

Non bisogna dimenticare l'azione della psiche sull'appetito e quindi bisogna sempre prescrivere le regole igieniche indicate in ogni caso di stati psichici anormali, così i viaggi, i bagni, ecc.

In molti casi l'inappetenza risente favorevolmente dell'uso dell'alcool che è però controindicato nei casi di catarri gastrici, vescicali e nelle affezioni epatiche e renali. Sono utili anche gli esercizi fisici, attivi che richiedono un discreto dispendio di energia.

Negli individui deperiti una cura ricostituente spesso fa ritornare l'appetito, così pure una dieta contenente sostanze eccitanti.

Nei catarri gastrici cronici degli alcoolisti è indicata la dieta vegetale, in altri catarri gastrici cronici i brodi concentrati, gli amari e l'acido idroclorico.

Nell'atonia gastrica sono utili le sostanze antifermentative e la terapia fisica, nella clorosi e nella tubercolosi il creosoto; nella febbre l'idroterapia e la nettezza della cavità orale.

La medicina moderna nei casi d'inappetenza invincibile ha a disposizione i preparati nutritivi (Sanatogen, Biomalz, Mellins Food, somatose, guaiacose, ecc.): una sostanza che unisce però alla proprietà di stimolare l'appetito quella di avere un forte potere nutritivo è la lecitina, soprattutto tutte le preparazioni con odore di vainiglia (Clin, Riedel). I preparati nutritivi comuni essendo per lo più insapori ed inodori non stimolano più l'appetito: si comprende l'importanza di questo fatto quando si consideri l'influenza che ha l'appetito su tutte le secrezioni digestive e quindi sulla digestione ed utilizzazione degli alimenti.

Il metodo migliore però per migliorare l'appetito resta sempre una buona cucina e quindi si comprende come una cucina dietetica opportuna debba essere l'appannaggio anche di un ospedale del povero.

P. ALESSANDRINI.

Sulla cura delle eruttazioni.

Le eruttazioni costituiscono un sintoma frequentissimo, ma con valore diverso e la cura deve perciò variare nei singoli casi. Spesso non hanno nessun valore diagnostico, come succede bevendo liquidi gassosi o nei cambiamenti di posizione, specialmente nel passaggio dalla posizione orizzontale alla supina Questo dipende dagli spostamenti che subisce il contenuto aereo nello stomaco e spiega anche le eruttazioni mattutine che si verificano per lo più indipendentemente da fermentazioni gastriche, ma che però sono molto frequenti nei casi di ectasia gastrica.

Le eruttazioni che si producono in modo frequente ed irregolare hanno importanza e su di essi richiama l'attenzione il Pron (*Journ. des Praticiens*). Certi malati accusano verso le 5 o le 6 di sera eruttazioni in cui riconoscono spesso i vari sapori dei cibi ingeriti a mezzogiorno. Pur non escludendo che in molti casi si possa trattare di errori subiettivi, si può considerare il fenomeno come indizio di evacuazione gastrica ritardata sia che si tratti di semplice atonia, sia di spasmo pilorico per ipercloridria o anche da stenosi anatomica incompleta; oltre a queste eruttazioni il paziente prova a quell'ora un malessere generale che è l'espressione della ripercussione del cattivo funzionamento gastrico in tutto l'organismo.

I rigurgiti che si presentano due o tre ore dopo i pasti e si accompagnano a pirosi sono sempre l'espressione di un'iperacidità gastrica: l'odore di burro rancido è indizio di fermentazioni butirriche, quello d'idrogeno solforato, di fermentazioni putride che stanno quasi sempre in rapporto con una evacuazione lenta del contenuto gastrico, in modo che possono agire certi batteri che mettono in libertà lo zolfo degli albuminoidi, soprattutto delle uova. È noto a questo proposito che esiste una idiosincrasia marcata di alcuni malati per le uova ingerite sotto qualunque forma.

La causa però di gran lunga più frequente delle eruttazioni è l'aerofagia: si può fare senz'altro questa diagnosi senza alcun esame quando un malato si lamenta di avere da un certo tempo eruttazioni frequenti e senza odore durante una gran parte della giornata. Spesso il gas non viene emesso ed allora può dare origine ad un timpanismo gastrico esagerato che è la causa di numerosi disturbi dispeptici e di disturbi cardiaci che talora simulano il quadro dell'*angina pectoris*. L'aerofagia spesso è l'espressione di un *tic* nervoso, altre volte è sintomatica delle più svariate dispepsie.

Nella massima parte dei casi le modificazioni del regime alimentare ed il trattamento medi-

camentoso antidispeptico bastano per sopprimere le eruttazioni. Dal punto di vista terapeutico bisogna distinguere quello indirizzato contro le fermentazioni e quello contro l'aerofagia.

Nell'aerofagia bisogna curare il *tic* scialofagico: per lo più esso s'inizia in seguito a qualche disturbo dispeptico transitorio che si ripete: il paziente deglutisce per sollievo la saliva e poi finisce che la deglutizione della saliva diviene incosciente: si può in tali casi adoperare una cravatta stretta in modo che il paziente avverte la sua deglutizione: anche il bromuro dopo i pasti ha un potere antidispetico e sedativo e contribuisce a diminuire la scialofagia; allo stesso scopo agiscono i bagni caldi.

Spesso la scialorrea è dovuta all'ipercloridria ed allora la belladonna, diminuendo la secrezione gastrica e salivare, è molto indicata e così pure il carbonato di bismuto in dose di un cucchiaino da caffè sia durante che dopo i pasti.

Contro le fermentazioni gastriche bisogna evitare l'uso dell'acido idroclorico che non ha valore antisettico come si credeva perchè nell'ipercloridria le fermentazioni sono più frequenti che nell'ipocloridia: è inutile anche ricorrere ai comuni composti della serie aromatica, perchè alle dosi terapeutiche non hanno efficacia.

Meglio sono l'eritrolo alla dose di 5 cgm. associato al perossido di magnesia (20-30 cgm.) o al bismuto in ostia dopo ogni pasto. Agiscono anche il fluoruro di calcio in polvere alla dose di due cgm. o il fluoruro d'ammonio in soluzione alla dose di 5 cgm.

Il più delle volte però basta la cura della dispepsia per eliminare il sintoma eruttazione.

P. ALESSANDRINI.

VARIA

Igiene della gravidanza. — Il valente ginecologo di Roma dott. G. Massimi ha avuto l'ottima idea di far stampare in una cartolina postale a scopo di propaganda le principali norme relative all'igiene della gravidanza.

Egli ha seguito così l'esempio offertoci da parecchi medici tedeschi di grande reputazione, per promuovere la lotta contro il cancro e contro la tubercolosi; salvo che di solito i colleghi tedeschi stampano le norme profilattiche nel *retro* delle ricette.

Riportiamo l' eccellente decalogo del dottor Massimi.

1° Regolare l'alimentazione. Preferire i farinacei, i latticini, i vegetali ed i dolci. Evitare le carni rosse, i cibi salati, le erbe aromatiche e le sostanze eccitanti. Astenersi dal vino e dai liquori. Prendere del latte alle 8 ed alle 16. Bere acque leggermente alcaline.

2° Tenere l'intestino regolato, combattendo la stipsi con enteroclismi e leggeri purganti.

3° Restare molte ore del giorno all'aperto. Durante la notte non chiudere completamente le finestre, per avere più facile il ricambio dell'aria.

4° Indossare abiti comodi e che riparino bene dal freddo. Non stringersi il seno e la vita, nè portare giarrettiere o altri legacci che ostacolino il reflusso del sangue al cuore.

5° Mantenere l'attività e la forza dei muscoli con moderato esercizio, evitando però i movimenti faticosi e violenti, gli urti e le scosse; quindi niente viaggi e poca carrozza o automobile.

6° Conservare la mente tranquilla, schivando emozioni ed impressioni che possono favorire l'insonnia.

7° Continuare le abituali pulizie della persona, senza tralasciare nè i bagni nè le lavande interne se necessarie.

8° Prevenire le carie dei denti avendo cura di pulirli con sapone e bicarbonato di soda, facendo uso di pasticche alcaline e prendendo fosfati per via interna.

9° Controllare che vi sia un graduale aumento nel peso del corpo.

10° Analizzare le urine per la ricerca dell'albumina almeno una volta al mese; ripetendo poi l'esame al primo apparire di edemi o di qualsiasi altro disturbo.

S. A.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. SCHMIDT e H. LÜTHJE. **Diagnostica clinica e propedeutica delle malattie interne.** Traduzione sulla prima ediz. tedesca di U. Carpi e A. Fava con note e aggiunte di U. Carpi. Soc. Editr. Libraria, 1915, lire 20.

Schmidt e Lüthje hanno avuto « come obbiettivo principale nella scelta del materiale e nella esposizione per la compilazione del libro quello di riferire solo ciò che per gli studenti e per il pratico è necessario ed utile, tuttavia esposto in forma critica »; e l'indirizzo, che segue le norme usate dal Vierordt nell'iniziare il trattato di « Diagnostica delle malattie interne », è forse l'elogio migliore del nuovo trattato di diagnostica, che esce per i tipi nitidi e precisi dalla Società Libraria Milanese.

Il volume è diviso in una parte generale (Schmidt), ed in capitoli speciali: malattie da in-

fezioni (Schmidt), organi della respirazione (Lüthje), apparato circolatorio (Lüthje), esame del sangue (Schmidt), malattie degli organi digerenti e peritoneo (Schmidt), apparato urogenitale (Lüthje), alimentazione, digestione, ricambio (Lüthje), malattie nervose (Schmidt); ogni capitolo è svolto con rara parsimonia di discussione, con modernità di pensiero e con serena esposizione critica dei fatti. Nessuna delle moderne ricerche, col relativo valore clinico, manca. Va data poi speciale lode agli AA., che hanno voluto assegnare una speciale trattazione all'esame radiologico degli organi e che due capitoli assai interessanti hanno dedicato a due difficili argomenti: l'esame dell'apparato digerente (Schmidt) e dell'alimentazione, della digestione, del ricambio (Lüthje); si riporta così la diagnostica ad una più elevata concezione, quale deve essere nella mente del medico, che non dai soli segni fisici può attendersi i lumi per la diagnosi.

Al traduttore e chiosatore una speciale lode, oltre che per la maniera prettamente italiana della traduzione, per le rivendicazioni dell'opera italiana, e per il magnifico capitolo sul *pneumotorace artificiale*. *t. p.*

L. WILLIAMS. **Minor Maladies and their Treatment.** 1 vol. in-16° di pag. VIII-396. London; Baillière, Tindall and Cox, 1913. Rilegato, Sh. 5.

In ragione della loro estrema frequenza, le indisposizioni interessano il medico pratico forse più delle malattie propriamente dette. Pel medico giovane presentano spesso maggiori difficoltà.....

Nei trattati di patologia e terapia si ha il torto di trascurarle. Perciò il dott. Williams ha ritenuto opportuno di occuparsene *ex professo* in questo volume, nel quale egli tratta i temi seguenti: raffreddori, dispepsie, stitichezza, diarrea, vomito, capogiro, reumatismi, nevralgie, mali di capo, « gottosità » (noi diremmo artritismo o diatesi gottosa), disturbi mentali e poi ancora il cambiamento d'aria, i medicinali più comuni (sono ridotti a una diecina) e lo stato di « salute generale ».

Evidentemente l'A. include tra le malattie « minori » molti sintomi. Alcune delle sue vedute riescono un po' inattese ma pure interessanti: ad es. quelle sul compito della stanchezza oculare nel determinare i disturbi digestivi. È strano che fra i medicinali utili egli annoveri la salsapariglia. Alla digitale attribuisce, come azione terapeutica, un forte potere ipertensivo; per altro alla luce delle recenti indagini risulta che spesso questo medicinale non modifica o modera la pressione sanguigna dei cardiopatici.

Il libro giunge ora alla 3ª edizione. È scritto in uno stile spigliato che ne rende gradevole la lettura; è sobrio e pratico. *y.*

FERDINAND BLUMENTHAL. **Handbuch der speziellen Pathologie des Harns**, 1 vol di pag. 492, edito da Urban e Schwarzenberg, 1913. M. 15: rilegato M. 17.

Questo trattato è lo sviluppo della parte speciale della *Patologia dell'urina al letto del malato*, pubblicato da Blumenthal dieci anni or sono.

In questo nuovo libro l'A. ha raccolto tutto ciò che nel campo dell'urologia si è fatto in questi ultimi anni, in cui tanto grande è stato il numero dei lavori sulla composizione e sulle modificazioni dell'urina non solo nei vari stati fisiologici, ma pure nelle più diverse forme morbose.

Il Blumenthal tratta nei vari capitoli della composizione dell'urina nelle malattie infettive, nell'inanizione, nelle malattie del ricambio, nelle malattie delle ghiandole endocrine, del sangue, dell'apparato digerente, del fegato, del sistema nervoso, del sistema circolatorio e respiratorio. Un capitolo è dedicato alla composizione dell'urina nella mestruazione, nella gravidanza, nel puerperio, nell'allattamento, e di grande interesse sono le pagine in cui parla dell'eclampsia e delle modificazioni che la castrazione arreca nell'eliminazione dei sali e nella composizione chimica dell'urina.

Chiude il libro un capitolo sulle malattie dei reni, ed in questo capitolo sono riassunte con grande chiarezza tutte le ricerche e le discussioni fatte sulle diverse albuminurie.

Questo libro, denso di dati, e dove è citata una ricca bibliografia, è un libro che riuscirà certamente utile a chiunque voglia intraprendere ricerche nel campo dell'urologia.

SILVESTRI.

H. D. ROLLESTON. **Diseases of the liver gall bladder and bile-ducts**, 1 vol. in-8° di pag. 811, con 108 incis. e 7 tav. a colori. London, Macmillan and Co., Limited, 1911. Rilegato.

Per la diligenza con cui è compilato e la cura dei particolari, questo libro si direbbe opera di un tedesco.

Verrà molto apprezzato da tutti gli studiosi della patologia del fegato e delle vie biliari.

Le indicazioni terapeutiche vi sono ben definite.

È diviso in tre parti.

La prima studia le malattie del fegato, dalle anomalie congenite e dalle deformità acquisite e dagli spostamenti a tutte le malattie organiche ed alle sindromi più importanti; la seconda parte concerne le malattie della cistifellea; la terza tratta le malattie delle vie biliari; da ultimo viene studiata la colelitiasi.

Il lavoro è largamente documentato da indicazioni bibliografiche.

Un copioso indice alfabetico per materie facilita i riferimenti. I. T.

I. ROSENBERGER. **Die Ursachen der Glykurie. Ihre Verhütung und Behandlung.** Munchen 1912. Müller & Steinuber.

La monografia del Rosenberg può considerarsi un vero trattato sulla glicosuria, svolto in rapporto alle teorie recenti sulla utilizzazione degli zuccheri nell'organismo.

La questione della glicosuria alimentare è trattata in modo completo, segue poi la glicosuria nella gravidanza, negli avvelenamenti, dopo somministrazione di florizina, dopo traumi e nelle malattie infettive e infine sulle affezioni dei singoli organi.

L'A. passa poi a parlare delle varie forme di diabete: bronzino, pancreatico, surrenale, tiroideo e ipofisario, e svolge infine i rapporti tra le altre malattie del ricambio e diabete e, dopo aver trattato dei sintomi di questa malattia, parla della sua profilassi e della cura.

Il libro è pregevole sopratutto per il ricchissimo indice bibliografico. P.

J. ORTH. **Drei Vorträge über Tuberkulose**, 1 vol. op. in-8 di pag. 64. Berlin, Verlag v. August Hirschwald, 1913. M. 2.

In queste tre conferenze il ben noto patologo di Berlino prende in esame le questioni più dibattute sull'etiologia e la patogenesi della tubercolosi.

Egli sostiene validamente l'importanza del contagio bovino e dell'infezione precoce. S.

J. SAWYER. **Coprostasis: its causes, prevention and treatment.** 1 vol. in-16 di pag. 74; rilegato. Birmingham, Cornish Bros., 1912. Prezzo 2 s. 6 d.

L'A., ch'è uno dei consulenti più reputati dell'Inghilterra, ha voluto raccogliere in un opuscolo alcuni suoi articoli sulla stitichezza.

Pregio precipuo della esposizione è la nitidezza delle idee e la praticità delle indicazioni.

I primi quattro articoli riguardano la stitichezza in genere: in certi punti si ripetono. L'A. insiste su di alcuni concetti semplici, come l'utilità degli esercizi che promuovono il deflusso della bile e di quelli che fanno contrarre i muscoli psoas maior e minor ed iliacus; la posizione araba da assumere nella defecazione (a torto è bandita dalla nostra civiltà); e così via.

Poi l'A. si occupa della « lumbago soprostatica », la quale sarebbe dovuta a replezione del colon.

Infine l'A. s'intrattiene sulle emorroidi, che sogliono essere favorite molto dalla stitichezza, e suggerisce all'uopo un nuovo rimedio ch'egli ha tratto dalla medicina popolare: il *Ranunculus ficaria.*

È di moda ora sperimentare i rimedi popolari; del resto è seguendo questa via che Withering scoprì l'azione della digitale e che in tempi più remoti vennero introdotte nella medicina scientifica i farmaci più efficaci. I. T.

G. ROSSI. **Risultati di una inchiesta sulle condizioni malariche e sulla lotta agricolo-antimalarica nelle provincie di Benevento, Caserta e Salerno.** In-4° di pag. 52. Portici, premiato stabilimento tipografico Vesuviano, 1913.

Questa splendida relazione contiene interessanti e precisi accertamenti, ottenuti dagli ufficiali sanitari di 81 comuni.

Essi concernono:

1° la diffusione, la gravità e le forme cliniche prevalenti della malaria;

2° i rapporti dell'endemia con gli spostamenti delle masse lavoratrici (non assumono importanza apprezzabile nei comuni considerati dalla inchiesta); con la coltura agraria (quella intensiva non basta ad escludere la malattia); con le bonifiche idrauliche (sono già state in massima parte compiute); con la densità delle anofele (resta confermata la legge che manca un rapporto definito tra anofelismo, paludismo e malaria); con le abitazioni e le condizioni sociali;

3° la lotta antimalarica (è fatta per lo più esclusivamente dall'ufficiale sanitario e dal medico condotto; quasi dappertutto manca un principio d'organizzazione; si contano appena sei ambulatori antimalarici; il cómpito delle autorità sanitarie governative si limita a qualche ispezione);

4° la distribuzione del chinino di Stato (sebbene eseguita imperfettamente, ha portato ad effetti benefici; anzi debbono ascriversi ad essa precipuamente i risultati ottenuti nel debellare il secolare flagello).

La relazione magnifica senza restrizioni il chinino di Stato.

E termina ammonendo e invitando a perseverare nella lotta.

« L'igienista, dice il prof. Rossi, di fronte a questa indiscussa vittoria, può, con fronte serena, gridare all'agricoltore: *io ho spezzato e vinto quello che sembrava invincibile e cioè il formidabile ciclo storico latifondo-palude-malaria-palude-latifondo!* e tocca ora a te a far sì che il mezzogiorno d'Italia si risollevi dal basso stato economico in cui giace, a far sì che la terra, che ben presto non sarà più in caso di insidiarne la esistenza, sia l'amica del contadino; a far sì che l'Italia intera sia anche oggi dall'Alpi al Lilibeo l'*alma parens frugum* dell'immortale apostrofe di Vergilio nostro ». M.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE

(3974) *Infortuni cagionati da cattiva viabilità.* — Il dott. G. M. da T., desidera conoscere se un Comune sia tenuto al pagamento dei danni pel caso d'infortunii che capitino al medico condotto per la cattiva condizione delle strade che questi deve percorrere per l'adempimento del proprio ministerio.

Per ottenere il rifacimento dei danni si dovrebbe dimostrare la negligenza dell'amministrazione municipale e, cioè, che questa, pur avendo tutti i mezzi tecnici ed economici occorrenti per la riattazione delle strade, non l'abbia fatto. Se l'Amministrazione allegasse a sua difesa l'assoluta mancanza di danaro e tale circostanza riuscisse provata in giudizio, comprenderà di leggieri che la *culpa non omittendo* esulerebbe e la domanda di danni sarebbe improponibile. Lo stesso di casi se, pur essendo pronti i danari, la riattazione non fosse avvenuta per incuria della persona incaricata di approntare il progetto tecnico o per ritardo nell'approvazione degli atti relativi.

(3976) *Deliberazioni comunali - Esecutorietà.* — Il dott. S. D. C. da M. D. V. desidera conoscere se una deliberazione consigliare inviata pel visto al Sottoprefetto e non più restituita sia divenuta esecutoria e se possa ottenere copia legale del documento non munito di visto.

Ai termini dell'articolo 208 del vigente testo unico della legge comunale e provinciale ogni deliberazione di Consiglio comunale diventa esecutoria se non è emesso decreto di sospensione dal Sottoprefetto entro 15 giorni dall'effettiva presentazione od arrivo dell'atto in ufficio.

La deliberazione cui ella allude risultando essere stata inviata da tempo in detto ufficio, il quale non ha emesso provvedimento di sorta, è divenuta esecutoria per decorrenza di termini. Di detta deliberazione può essere rilasciata copia legale con l'annotazione in calce dell'avvenuta esecutorietà per decorrenza di termini. Ad ogni buon fine il sindaco con lettera ufficiale può chiedere al Sottoprefetto se e quali provvedimenti furono adottati sul deliberato, che effettivamente è già divenuto esecutorio.

(3978) Dott. E. L. da L. — Crederemmo mezzo efficace quello di rivolgersi con apposita istanza al Prefetto della Provincia, che è presidente della G. P. A. in sede contenziosa. Per indurre l'avvocato a maggiore solerzia sarebbe bene informare del fatto il Presidente del Consiglio dell'Ordine degli avvocati da cui quell'esercente dipende.

(3979) *Ufficiale sanitario - Nomina.* — Il dott. G. T. da R. desidera conoscere se per ottenere la declaratoria dell'acquisto della stabilità della carica di ufficiale sanitario debba rivolgersi al Prefetto della Provincia o se questa si possa affermare di pieno diritto.

La nomina dell'ufficiale sanitario, anche con esclusione dalla prova di esame, è sempre fatta dal Prefetto.

Per la declaratoria dell'acquisto della stabilità occorre anche il parere favorevole del Consiglio provinciale di sanità. Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ASCOLI PICENO. *Ospedale civile « Costanzo Mazzoni ».* — Assistente medico-chirurgo. L. 120 mensili nette, abitazione, ecc. Rivolgersi alla Direzione non più tardi del 31 agosto.

BASSIANO (*Roma*). — Al 31 agosto condotta per la generalità; L. 3883.50 lorde e L. 100 quale U. S.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — A tutto il 31 agosto (salvo proroga) due condotte del capoluogo e della frazione di Civitella; lorde L. 3500, senza obbligo cavalcatura. A richiesta si spedisce il bando.

CARPIGNANO SALENTINO (*Lecce*). — Medico-chirurgo per Serrano. Stipendio lordo L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale. Chiusura 30 settembre.

CARUGATE (*Milano*). — Condotto e uff. san.; L. 3250 nette aument., ab. 3392. Scad. 25 ag.

CASTAGNETO PO (*Torino*). — Condotto e uff. san.; L. 2000 lorde. Scad. 20 agosto.

CASTELL'ALFERO (*Alessandria*). — Ab. 3074. L. 200 per 400 poveri (comprese L. 300 uff. san.), tre sessenni, alloggio, congedo ordinario. Scade 10 settembre, assunzione del servizio dopo 15 giorni dalla partecipazione della nomina.

CASTEL SAN PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — 4ª condotta; abit. 1685 e 66 poveri; L. 3000 pei soli poveri, lorde; tre sessenni; L. 600 d'indennità cav.; alloggio. Servizio entro 15 giorni dalla p. di nom. Scad. ore 18 del 3 sett.

CASTEL SAN PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotta per le famiglie povere; L. 1600 e L. 150 quale U. S. salvo approvazione superiore. Ab. 1306. Scad. 20 agosto.

CASTIGLIONE TINELLA (*Cuneo*). — Condotto; L. 1700 e L. 100 quale U. S. Scad. 31 agosto.

CHIETI. *Congregazione di Carità.* — Due posti di assistente nel reparto chirurgico dell'Ospedale civile, per laureati da non oltre tre anni. Stipendio annuo L. 1500 nette, alloggio, illuminazione, riscaldamento ed altri proventi eventuali. Nomina biennale. Scadenza 31 agosto.

CINTO COAMAGGIORE (*Venezia*). — Condotto; L. 3400 per le sole fam. pov. (25 su 2949 ab.), L. 100 quale uff. san. Scad. 20 ag.

CISANO SUL NEVA (*Genova*). — A tutto il 10 settembre concorso di medico condotto e ufficiale sanitario del Consorzio con Castelbianco; L. 1800.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*). — L. 3000 cura piena quattro sessenni, L. 200 uff. san., L. 120 arm. farm., ab. 2000. Scade 25 settembre.

*FARNESE (*Roma*). — Medico per l'unica condotta e per la generalità; L. 4500 lorde e 2 sessenni, L. 200 quale U. S., non più di 45 anni s. e. r. Abit. 3110 agglomerati. Scad. 21 agosto.

FIUMEFREDDO BRUZIO (*Cosenza*). — Medico condotto per San Biase; lorde L. 1500. Scade 30 agosto.

GIOVE (*Perugia*). — Condotta; L. 2500 pei poveri, L. 500 per gli abb. e L. 100 quale U. S., nette di tassa R. M.; due sessenni su L. 2500; esenzione cav. Assunzione del servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Scad. 31 agosto.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie pov. 38. Scad. 31 ag.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — A tutto il 15 settembre concorso pel 2° medico condotto; L. 2500 lorde delle quali L. 1200 per la cura dei poveri e L. 1300 abbienti.

* LUGO (*Ravenna*). — Concorso della condotta San Bernardino. Scade il 31 agosto. Stipendio iniziale L. 2500 con tre aumenti sessennali. Fino a nuovo provvedimento compenso di L. 500 per la cura gratuita di parte della popolazione non iscritta nell'elenco dei poveri. L. 500 indennità cavalcatura.

MANCIANO (*Grosseto*). — Condotta per Saturnia a tutta cura (1300 ab.); L. 3000 lorde con sei trienni del ventesimo, L. 500 per cav. e L. 180 per a. f. Scad. 30 ag.

* MARA (*Sassari*). — Medico; L. 2500 lorde, obbligo di residenza. Scad. 31 agosto.

MARMENTINO e IRMA (*Brescia*). — L. 3200 con alloggio e orto, ab. 1100, condotta comoda, sessenni, buona popolazione. Scade 31 agosto.

MATINA (*Lecce*). — Seconda condotta; L. 2700 lorde, con due aumenti sessennali. Scad. 20 agosto.

MODENA. *Congregazione di Carità*. — Due medici chirurgi assistenti, di terza e di seconda categoria; L. 1200, alloggio, servizio, ecc.; L. 7.50 per ogni giorno di guardia. Titoli ed eventualmente esami. Voti negli esami speciali. Documenti al Presidente entro le ore 15 del 31 agosto. Chiedere l'annunzio.

MONFORTE D'ALBA (*Cuneo*). — Medico-chirurgo consorziale; L. 1600 pei soli poveri (30 famiglie circa). Scad. 31 agosto.

MONGHIDORO (*Bologna*). — Due condotte, L. 2800 pei poveri, L. 800 cavallo, tre sessenni. Scade 20 agosto.

MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — M. Condotto, U. S. e necroscopo; L. 1500 e conveniente alloggio, cura poveri (150 circa su 1689 abitanti). Scad. 31 agosto.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Medico chirurgo del Castello di Querceto e Sassa; L. 2700 lorde e L. 750 per cavalc., cura poveri (600 circa su 1498 ab.), non più di 40 anni s. e. r. Scad. 25 agosto.

MURISCUGO (*Alessandria*). — L. 1200 pei poveri. Scade 25 agosto.

MURISENGO (*Alessandria*). — Condotta pei poveri; L. 1200 compresovi compenso U. S. Ab. 2220. Scad. 25 agosto.

NOVARA. *Ospedale Maggiore della Carità*. — Direttore Medico Schiarimenti dall'Ammin. Proroga al 31 agosto.

* PIANDICASTELLO (*Pesaro* e *Urbino*). — Al 10 settembre conc. a medico-chirurgo; L. 3500 lorde; cav. gratuito; abitazione; terreno; esente tasse comunali. Ab 926. Servizio entro 20 giorni.

PIANZANO (*Roma*). — Condotta; L. 2600 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lorde; L. 120 se uff. san. Ab. 2400. Ospedale con ambulatorio. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Scad. 31 agosto.

POGGIO RUSCO (*Mantova*). — Medico chirurgo; lorde L. 4500, indennità cavalcatura L. 600, tre sessenni. La cura è estesa alla generalità. Paese sul percorso due linee ferroviarie, in piano. Servizio in condotta od ospedale per tre anni. Si chiude il 25 agosto.

*PONTE NELLE ALPI (*Belluno*). — Medico assistente pel Manicomio; L. 3000 nette, vitto ed alloggio personale. Rivolgersi alla Direzione.

PORTO RECANATI (*Ancona*). — Condotta; probabile nomina ad U. S con assegno speciale. Scad. 25 agosto.

RANZANICO-BIANZANO (*Bergamo*). — Medico-chirurgo consorziale; ab. 1602; nessun obbl. cav.; L. 3500 lorde, tre sessenni, alloggio. Scadenza 10 settembre.

ROMA. *Ministero della istruzione pubblica*. — Sono aperti i concorsi per professore straordinario nelle facoltà di medicina e chirurgia alle cattedre: 1° di patologia generale della R. Università di Cagliari; 2° di medicina legale nella R. Università di Pisa; 3° di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Domanda in carta bollata da L. 1,22 e documenti non più tardi del 9 dicembre.

* ROMANA (*Sassari*). — Medico, con Monteleone Roccadoria; L. 3500 lorde. Scad. 25 agosto.

ROVESCALA (*Pavia*). — Abitanti 2264. Condotta residenziale. Stipendio per i poveri L. 2500 lorde più 100 ufficiale sanitario. Assicurazione infortuni. Scade 6 settembre.

SAMBENEDETTO DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — Concorso per la nomina del chirurgo primario, direttore dell'Ospedale. Stipendio L. 4000 aumentabile per tre sessenni consecutivi. Scadenza 10 settembre. Età non superiore ai 40 anni.

* SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Condotta piena; L. 3800 lorde, L. 700 per cavalc., L. 100 per U. S e tre sessenni del decimo. Ab. 1060. Non più di 40 anni, salvo ecc. regol. Scadenza 25 agosto.

SARMEDE (*Treviso*). — Medico; Lire 4000, L. 100 quale U. S. compenso per eventuale a. f. oltre la raccolta graziosa del fieno. Scad. 31 agosto.

SCAPOLI (*Campobasso*). — Condotta; L. 2400 per la generalità e L. 100 quale u. s.; L. 200 aumentabili dalla Congregazione di carità. Chiedere l'avviso. Età massima 45 anni, s. e. r. Scad. 40 giorni dal 1° agosto.

SERRANO (*Lecce*). — Al 30 settembre. Stipendio L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale Carpignano.

SISSA (*Parma*). — Medico per Coltaro; L. 3500. Scad. 20 agosto.

SONCINO (*Cremona*). — Fraz. Gallignano, ab. 1613 L. 2700 per 1200 poveri, tre sessenni, indennità varie L. 600. Scade 15 settembre.

STIA (*Arezzo*). — 2ª condotta, ab. 1200, di cui 32 a cura gratuita; L. 3200 lorde, di cui 2500 pei poveri, con due sessenni, e L. 700 per cav. Assunzione all'ufficio entro 10 giorni. Scad. ore 17 del 30° giorno dal 7 agosto.

TEGLIO (*Sondrio*). — 3° riparto (San Giacomo-Casona); L. 4000 cura piena. Scad. 28 agosto.

TIGNALE-LAGO DI GARDA (*Brescia*). — Condotta per la generalità; L. 3500 aument. Scad. 31 agosto.

TRADATE (*Como*). — Condotta piena con Lonate e Torba; L. 3350 lorde e tre decimi, L. 500 per mezzo trasp., compenso quale U. S.; residenza a Tradate (5000 ab., prossima a Milano). Se cognizioni chirurgiche, eventuale direzione ospedale (di prossima apertura). Scad. 31 agosto.

TREVI NEL LAZIO (*Roma*). — L. 3280 e inoltre L. 100 U. S. e L. 400 arm. farm. Scad. 30 agosto.

TRICASE (*Lecce*). — Condotta piena. Proroga al 25 agosto.

TRECASTAGNI (*Catania*). — Medico chirurgo della seconda condotta per la cura gratuita dei poveri; L. 2000. Scad. 23 agosto.

TRINO (*Novara*). — Condotta per Grangie. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 agosto.

TRIPI (*Messina*). — Condotta per la 2ª zona; L. 2600. Rivolgersi al Sindaco. Proroga al 22 ag.

VALDELLATORRE (*Torino*). — Condotta. L. 2000, L. 100 quale U. S. e L. 100 per a. f. Scad. 20 agosto.

VALGREGHENTINO (*Como*). — Consorzio; L. 4000, cura piena, ab. 2247. Scad. 31 agosto.

VALLELONGA (*Catanzaro*). — Condotta per i poveri; L. 2000 al lordo di R. M., oltre L. 100 se Uff. San. Scade 20 agosto.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero*. — Due medici-chirurgi assistenti presso l'Ospitale civile. Vedi fasc. 31. Scad. 30 agosto.

VIGOLO (*Bergamo*). — Il concorso è prorogato al 20 agosto.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Nuovi boicottaggi sanzionati dall'A. N. M. C.: Linosa (Girgenti), Città di Castello (Perugia), Gottelungo (Brescia).

Nuove diffide: Sala Bolognese (Bologna), Arnesano (Lecce), Pontida (Bergamo), Montefano (Macerata), Romana Monteleone (Sassari), Castiglione del Lago e Vafattrice (Perugia), Guardia Veneta (Rovigo), Azzano Mella (Brescia).

Revoca di diffide: Castel San Pietro (Alessandria), Mandello Lario e Valgreghentino (Como), Fermo (Ascoli Piceno).

ROMA. — *Premio « II Congresso Medico-internazionale per gli infortuni sul lavoro Roma 1909 ».* Si rende noto che le due memorie presentate al Concorso del II Congresso medico-internazionale per gli infortuni sul lavoro, sul tema « Valutazione della capacità al lavoro prima e dopo l'infortunio » portanti il motto « Teofilo » e « Poena me tuente solvi », dalla Commissione giudicatrice adunatasi il giorno 2 luglio 1913, non furono ritenute degne del premio, perchè incomplete.

La Commissione ha deciso, data l'importanza dell'argomento, di indire un nuovo concorso sullo stesso tema, richiamando l'attenzione dei concorrenti sopra la traccia indicata per il medesimo quando fu proposto nel programma del Congresso e cioè: *a*) metodi di indagine per la valutazione al lavoro; *b*) importanza dello stato anteriore all'infortunio (predisposizione e malattie precedenti ecc.); *c*) criteri antropologici e sociologici (razza, età, sesso, criminalità); *d*) influenza delle vicende dell'infortunio (procedura, contestazioni, esami peritali ecc.).

Le memorie dovranno essere originali, redatte in lingua italiana o francese, stampate o scritte a macchina e inviate in tre esemplari prima delle ore 12 del 1° luglio 1915 all'Istituto di Medicina legale della R. Università di Roma - Isola Tiberina.

Ciascuna memoria dovrà essere contrassegnata da un motto. Il motto dovrà essere ripetuto su una busta chiusa e sigillata nella quale sarà, in un foglio di carta, indicato il nome e l'indirizzo del concorrente. La busta contenente il nome del vincitore verrà aperta pubblicamente, le altre saranno distrutte.

Il premio sarà indivisibile.

Per il Comitato esecutivo: Il Presidente, Prof. S. OTTOLENGHI; Il Segretario Generale, Prof. T. FERRETTI.

PAVIA. — Posto di perfezionamento all'Università fra i laureati nel 1911-13. Scade il 30 settembre.

Nomine, promozioni e onorificenze.

MILANO. — Negli Istituti clinici di perfezionamento di Milano, si sono diplomati in stomatologia i dottori: Calderoli Giuseppe di Bergamo, Gismondi Emanuele di San Remo, Natale Vito Antonio di Palagiano (Lecce), Nuti Antonio di San Pietro in Bagno (Firenze), Occhetti Attilio di Torino, Pelli Plinio di Pavia, Radini Giovanni di Gioia del Colle (Bari), Tubino Carlo Enrico di Como.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza in clinica pediatrica i dottori: Radice Giovanni, Franzi Francesco e Lo Re Mariano.

GINEVRA. — Il Consiglio di Stato del Cantone ha chiamato quale ordinario alla cattedra di fisiologia il prof. Federico Battelli di Urbino, allievo del prof. Schiff e poi del prof. Prevost, al quale succede.

NOTIZIE DIVERSE

Il XVII Congresso internazionale di medicina,

svoltosi a Londra dal 6 al 12 agosto, ha adunato incirca 7000 congressisti.

Daremo prossimamente il resoconto dei lavori compiuti.

Il Congresso Internazionale per il soccorso ai feriti in guerra.

Questo congresso, posto sotto l'alto patronato delle Loro Maestà il re e la regina del Belgio, è indetto a Gand dal 15 al 30 agosto 1913.

Per le informazioni rivolgersi al segretario generale, Jean Conrad, chirurgo capo degli ospedali civili d'Anversa.

Le adesioni devono essere inviate al tesoriere, Albert de Meyer, 14. rue du Jardin, Anversa

Congresso regionale.

Il Congresso ordinario annuale dell'Associazione Sanitaria Regionale dei circondari di Frosinone, Velletri e Comuni limitrofi si terrà questo anno a Piperno in settembre nell'aula del Consiglio comunale gentilmente concessa.

Parteciperanno al Congresso anche le levatrici della regione.

A suo tempo verrà diramato a tutti i soci l'invito contenente l'ordine del giorno per il Congresso.

Una Cattedra di Storia della medicina.

Su proposta della Facoltà Medica di Siena il Consiglio Superiore della P. S. ha approvato l'incarico ufficiale dell'insegnamento di Storia della Medicina affidato al prof. comm. Domenico Barduzzi, presidente della Società Italiana di Storia critica delle Scienze mediche e naturali.

La poliambulanza felsinea.

È stata con molta solennità inaugurata a Bologna la nuova ampia ed elegante sede di questa istituzione, che in 18 anni ha assunto un incremento poderoso. Contemporaneamente vennero rese cordiali onoranze alla memoria di Enrico Golinelli di cui venne scoperto un busto.

Inchiesta sulla febbre da pappataci.

La « Società fra i cultori delle malattie esotiche », tra i temi proposti per il futuro Congresso a Siracusa, ha scelto quello della « Febbre dei tre giorni o da pappataci » perchè è questa una malattia da pochi anni comparsa nella punta meridionale d'Italia e della Sicilia e perchè nella minaccia di una più che probabile sua diffusione anche in quei centri dove sino a qui non venne segnalata, occorre coll'esperienza chiarirne il meccanismo e additare i mezzi per arrestarne il cammino. È stato perciò redatto e diramato un formulario nel quale vengono indicate le nozioni ancora incerte e più che nel dominio clinico, in quello etiologico ed epidemiologico. Il concorde contributo di quanti hanno potuto osservarne dei casi clinici potrà illuminare di sicura luce la nozione in penombra o dare più solida base ad una verità timidamente apparsa sul terreno della conoscenza.

Per ottenere copia del formulario rivolgersi al signor prof. dott. Giuseppe Spagnolio, via Palermo 11, Messina.

Indennità di trasferta agli ufficiali sanitari.

La Corte di Cassazione è stata chiamata a risolvere una controversia senza precedenti: se spetti cioè agli ufficiali sanitari il pagamento delle indennità di trasferta e di soggiorno di cui al regio decreto 11 settembre 1862 — a carico del Comune — quando essi facciano visite fuori del centro dell'abitato.

La Corte d'appello di Macerata decise in favore dell'ufficiale sanitario di Pausula, ma il sindaco di Pausula produsse gravame per cassazione.

Ora il procuratore generale presso il Supremo Collegio ha concluso per il rigetto del ricorso.

Difendevano rispettivamente il Comune e il medico dott. Rilli, l'avv. Ferruccio Micciani e l'avv. Cesare Galanti, ambedue del foro di Macerata.

Festeggiamenti.

L'on. Bonacossa - il quale è stato insignito del titolo ereditario di Conte, in riconoscenza dei benefizi da lui arrecati a Vigevano, sopratutto con lo sviluppo impresso all'ospedale e ad altre opere pie, delle quali egli è presidente da più di un trentennio - è stato festeggiato dagli amministratori, funzionari, impiegati e personale di tutte le opere pie vigevanesi.

Gli venne offerta una artistica pergamena.

Beneficenza.

La signora Maria Cassinelli vedova Tirone, a ricordo del compianto marito, ha fondato a Montafia d'Asti (Alessandria) un piccolo ospedale, intitolato alla regina Elena, pel quale ha già speso 20,000 lire nel fabbricato e 60,000 lire quale prima dotazione che si spera altri accresceranno.

Per l'inaugurazione si è tenuta una festa in onore della benefattrice. Vi parteciparono il sindaco, il prof. Perroncito, l'on. Gazelli ed altri.

Gli eredi del cav. G. Silvestri, già direttore della Banca popolare di Milano, conformandosi a un desiderio espresso dal Silvestri, hanno elargito 15 mila lire in beneficenza.

Il Museo di storia della medicina.

Il 24 giugno ebbe luogo a Londra la cerimonia dell' apertura del Museo medico-storico organizzato dal dottor Norman Moore, presidente della Sezione della Storia della medicina al Congresso medico internazionale, e la nuova Istituzione ricevette le congratulazioni di sir Thomas Barlow, presidente del Regio Collegio dei medici e del Congresso medico internazionale, di sir Frederick Treves, di sir Rickman Godle, presidente del Regio collegio dei chirurgi e di sir Francis Champneys, presidente della regia Società di medicina.

L'idea di formare un museo, illustrante la storia dell'arte di guarire, fu dapprima concepita e messa ad effetto dal signor Henry S. Wellcome parecchi anni or sono e da tutte le parti del mondo è stata ora raccolta una collezione rara e curiosa d'oggetti d'interesse storico riferentisi alla medicina, alla chirurgia ed alle scienze affini.

In risposta ad un voto di ringraziamento, il signor Wellcome colse l'occasione per fare l'importante dichiarazione che è sua intenzione di fondare a Londra un Istituto di ricerche scientifiche e di nominare a direttore-capo del medesimo il dottor Andrew Balfour che per quasi dodici anni ha diretto i Laboratori Wellcome per ricerche tropicali a Khartoum nel Sudan.

Il nuovo museo è situato a Wigmore street, n. 54-*a*. Cavendish Square, ed i medici che visitano Londra vi sono ammessi dietro presentazione del loro biglietto da visita professionale.

Durante il congresso medico internazionale esso è stato visitato da moltissimi medici.

Ha destato vivo interesse e riscosso il plauso generale.

Per lo studio delle malattie tropicali.

Il nuovo ambasciatore degli Stati Uniti a Londra, Walter Page, in un banchetto offerto ai più eminenti uomini politici inglesi, sotto la presidenza di sir Edward Grey, annunziò che un Americano aveva elargito 100 milioni di dollari (500 milioni di lire) per lo studio delle febbri palustri e di tutte le malattie tropicali. Aggiunse che il generoso donatore desiderava mantenere l'incognito.

Il Page pose in rilievo le incalcolabili conseguenze di questo dono, poichè gli studi che sarebbero stati fatti avrebbero arrecato enorme beneficio ai lavoratori che vivono nell'India, in Cina, in Africa e in tutta l'America centrale.

Donazioni alla Scuola di Medicina tropicale a Liverpool.

Sir Alfred Jones, fondatore della Scuola, ha fatto, morendo, il legato di un milione subito e di un secondo milione dopo che le mutualità per il primo saranno cessate.

Il « lascito Alfred Jones » sarà destinato a costruire una Sezione nella R. Infermeria di Liverpool per accogliervi i colpiti da malattie tropicali, alla erezione di nuovi Istituti per queste malattie, intestati al nome del donatore, all'erezione e dotazione di un Laboratorio in Sierra Leone. Il residuo dovrà essere usato come dotazione permanente.

Per diminuire la mortalità infantile in Inghilterra.

Il « Local Government Board » pubblica una relazione che mette in evidenza i risultati ottenuti mercè i provvedimenti igienici e la propaganda educativa durante gli ultimi sette anni per diminuire la mortalità infantile. Risulta che la vita di 185,722 bambini è stata salvata come conseguenza diretta della legislazione adottata.

La diminuzione della quota di mortalità sarebbe dovuta in primo luogo alle migliorate condizioni sanitarie delle case, cioè al modo con il quale si è cercato di risolvere il problema delle abitazioni operaie a buon mercato, alla maggiore sorveglianza municipale, all'aumentata sobrietà dei genitori ed alla migliore comprensione della importanza della mortalità infantile dal punto di vista nazionale. La relazione esamina anche le cause famigliari che più contribuiscono alla mortalità infantile, e fra queste pone in primissimo luogo l'abbandono dell'allattamento materno, quando non sia giustificato da ragioni di salute.

Lotta contro la tubercolosi agli Stati Uniti.

Negli Stati Uniti i tubercolosi vengono accolti non nei comuni ospedali bensì in speciali cliniche direttamente dipendenti dal dipartimento di igiene. La sola New York possiede non meno di 32 di queste cliniche sparse in vari punti della città: non vengono compresi in queste cifra tutti quegli asili diurni per gli adulti o per i bambini tubercolosi nei quali i malati vengono sorvegliati durante tutta la giornata e curati. Del resto il dipartimento d'igiene di New York concede ai tubercolosi anche somministrazioni gratuite di latte, carne, uova e negli ospedali stessi ha istituito un corpo di infermiere le quali hanno il compito di sorvegliare e istruire i tubercolosi degenti a domicilio. L'ospedale più elegante degli Stati Uniti è quello pei tubercolosi poveri a Brooklin e per quanto in tutti i vari ospedali destinati ai tubercolosi vigano identici sistemi di esame, di registrazioni e di trattamento, tuttavia vi sono differenze di regolamenti interni dovute al fatto che in alcune cliniche vengono ricoverati quasi esclusivamente individui d'una data nazionalità.

Mediante queste istituzioni la mortalità per tubercolosi va diminuendo a New York d'anno in anno (*Gazz. d. Ospedali*).

La guerra contro l'oppio in Cina.

Il ministro inglese a Pechino ha inviato al *Foreign Office* un rapporto sulla soppressione della coltivazione dell'oppio in Cina, rapporto che è stato pubblicato sotto forma di *libro bianco*.

In complesso il ministro britannico ritiene che il Governo cinese agisca con energia e buona fede, specialmente tenendo conto delle sue passate e presenti difficoltà d'ogni genere.

Premio Bouchard.

Il prof. Charles Bouchard, presidente dell'Associazione Francese per lo studio del cancro, ha posto a disposizione dell'Associazione 5000 franchi da essere assegnati all'autore del miglior lavoro sulla patogenesi del cancro, il quale venga consegnato alla segreteria dal 15 febbraio 1913 alla fine di luglio 1915.

L'esame dei lavori verrà fatta da una Commissione di cinque membri eletti dall'assemblea.

Questa ratificherà le deliberazioni della Commissione; in caso di divergenza, alla Commissione verranno aggregati altri due membri con voto consultivo. Se nessun lavoro verrà giudicato degno di premio, il concorso verrà rimandato di un anno.

Il premio potrà essere diviso. Non potrà essere assegnato a membri della Commissione.

Associazione operaia che istituisce un ambulatorio medico.

L'Unione dei Sindacati operai di Bordeaux ha costituito un grande ambulatorio medico. Gli operai sindacati possono ottenervi gratuitamente le consultazioni di cui hanno bisogno per sè e per le persone di famiglia. Le medicature, le cure particolari, le operazioni chirurgiche, le visite a domicilio, ecc., sono a pagamento, ma vengono computate ai soci secondo una tariffa molto ridotta.

All'ambulatorio l'Unione ha annesso un consiglio giudiziario composto di avvocati, procuratori, consiglieri e probiviri, il quale assicura le consultazioni giornaliere immediatamente indidispensabili agli infortunati, si occupa della difesa innanzi ai tribunali degli infortunati curati nella Clinica o ambulatorio per opporsi alle manovre dolose spesso impiegate dalle Compagnie d'assicurazioni.

Indipendentemente dai medici coassociati, tutti quelli non addetti ad una Compagnia d'assicurazione o ad uno stabilimento commerciale od industriale, che accettano il regolamento speciale della Clinica, possono mettersi in relazione professionale con la Clinica o l'Unione. Gl'infortunati la cui cura è assunta da questi medici hanno diritto a tutti i vantaggi che derivano dal funzionamento dell'ambulatorio.

A proposito di onorari di chirurgi.

Un medico di Parigi è chiamato a Versailles per un' operazione di appendicite ch' egli esegue con successo.

Il medico chiede 5000 franchi di onorario, la famiglia ne offre 2049 e 35 centesimi. Chiamato il Tribunale a decidere, esso stabilisce la sentenza accompagnata da alcune considerazioni che è utile conoscere:

« Per fissare la cifra di onorari dovuti per una operazione bisogna tener conto della fama dell'operatore e dei mezzi di fortuna dell'operato.

Il dott. X... già assistente degli ospedali non è tuttavia un primario, quantunque goda di una buona riputazione e sia stimato come un chirurgo di valore.

D'altra parte il padre dell' operato è uomo di agiatezza media e malgrado guadagni molto come ingegnere, tuttavia non possiede capitali importanti ed è di più vedovo con cinque figli a suo carico.

Per tali motivi il Tribunale fissa gli onorari del chirurgo a 2390 franchi e le spese del processo metà per ognuna delle due parti in causa ».

In onore di Fabre.

Gli abitanti di Serignan hanno eretto un monumento al celebre entomologo loro concittadino G. H. Fabre, attualmente novantenne.

L'inaugurazione è stata fatta dal ministro francese dei LL. PP.

Sanitari italiani a Lourdes.

Si è costituito un comitato di sanitari per un viaggio alla Madonna di Lourdes — viaggio che avrà luogo il 5 settembre prossimo — onde constatare « de visu » i miracoli di guarigione che avverrebbero presso quel santuario.

Le adesioni si ricevono dal rag. P Monder, in via Cavour, n. 6.

I dieci comandamenti di Czerny.

Il prof. Vincenzo Czerny, noto direttore della Clinica chirurgica e dell'Istituto del cancro di Heidelberg, il quale sta ora per lasciare la cattedra, ha dettato dieci comandamenti d'igiene che afferma essere il risultato di quaranta anni di esercizio professionale. Alcuni hanno solo interesse teorico o ripetono nozioni troppo note; ecco gli altri:

Coltiva il corpo e lo spirito. — Osserva scrupolosamente le regole della nettezza. — Scegli un'abitazione asciutta, arieggiata, soleggiata. — Non mettere al mondo più figli di quelli che puoi educare e nutrire. — Quando sei malato chiama subito un medico e seguine con puntualità le prescrizioni.

Un nuovo termine medico.

Una bizzarria scolastica nord-americana consiste nella disposizione emanata dal « Columbia College » che ogni studente prima di ricevere il suo diploma di laurea debba dar prova di saper nuotare almeno per un percorso di 100 piedi. Tra i laureati di quest'anno v'era un certo Felix Matzgen Rosenstock il quale, sostenendo d'essere affetto da una malattia cutanea, che si acutizzava a contatto dell'acqua, chiese al medico direttore del Gymnasium, un certificato d'esonero. Senonchè l'altro gli rispose che gli portasse invece un certificato del suo medico personale, su cui avrebbe posto il visto.

Il giovane Rosenstock tornò col certificato richiesto ma così concepito: « Si attesta col presente che Felix Matzgen Rosenstock è affetto da una forma cattiva di *caroanserinusabmetu* le cui condizioni si aggraverebbero se egli si immergesse nell'acqua ». Sulle prime quel nome strano stupì il medico; ma poi ebbe di esso la seguente spiegazione etimologica dal latino: *caro*, carne; *anserinus*, dell'oca; *ab metu*, dal timore; o, come noi diciamo in buon italiano: « pelle d'oca per la paura ». Il medico capì lo scherzo ed obbligò Rosenstock ad eseguire la prova di nuoto, se non vorrà perdere il diritto al diploma Così « L'Araldo » di New York.

Un medico cieco.

L'« Italia » di Chicago narra che all'ospedale dei tubercolosi di Dunning (Stato dell' Illinois) venne nominato medico assistente il dottore Jacob W. Bolotin, completamente cieco, il solo cieco di tutto le Stato che abbia seguito il corso quadriennale di medicina, superando l'esame di Stato in medicina e chirurgia e conseguendo altresì un diploma speciale in osteopatia e ginnastica scientifica. Il tatto lo aiuta in quanto la cecità gli vieta. Col contatto della mano egli sa dire l'esatta temperatura del paziente; conta i palpiti del polso e li raffronta esattamente col tempo; può dire, toccando il petto, se il paziente è o no tubercoloso. Questo cieco sapiente dà lezioni regolari in due scuole mediche e parla da tre a sei ore senza servirsi di alcuna nota fatta con lo speciale sistema dei ciechi. Fuori dell'ambito della pratica medica egli può girare tutta la città senza una guida, ha esaminato già oltre 3500 pazienti della città e della contea e meno di 50 si sono accorti che egli era cieco (*sic*). Tiene un registro di amministrazione colla esattezza di un contabile che veda bene. Quando gli fu annunciata la sua nomina egli disse: « Ciò servirà di incentivo ai ciechi, perchè apre una nuova via alla loro attività ».

All' « Assistenza pubblica » di Parigi.

Da un inchiesta del giornale « Eclair » è risultato che il direttore dell'Assistenza pubblica di Parigi, signor Mesurer, percepisce franchi 18,000

di stipendio, 12,000 d'indennità alloggio, 1800 per un servo e 10,000 per spese di vettura; che ha impiegato nell'Assistenza il figlio, una figlia, una nipote ed un cognato con gli stipendi rispettivamente di franchi 13.000, 2200, 2200 e 2400. Complessivamente dalla famiglia Mesurer verrebbero sottratti 61,600 franchi annui alla cassa dei poveri.

La popolazione della Germania.

Del 1871 al 1900 la popolazione rurale della Germania è diminuita di mezzo milione di abitanti, l'accrescimento generale della popolazione non ha approfittato che nelle città, e specialmente nelle grandi città. Nel 1871 la popolazione rurale rappresentava il 63.9 per cento della popolazione generale. Nel 1910 essa non costituiva più del 45.9 per cento.

Quest'accrescimento rapido della popolazione delle grandi città non è sempre stato accompagnato da un aumento correlativo degli alloggi, e lo Stato è stato costretto a costruire delle abitazioni per il suo personale, senza parlare degli stabilimenti ammobigliati destinati agli agenti celibi; lo Stato tedesco possiede attualmente 82,141 alloggi occupati da agenti delle ferrovie, 1277 da impiegati delle poste e 18.605 da minatori.

(*Gazz. d. Osp.*).

La donna medichessa al Giappone.

Uno dei molti notevoli e quasi radicali progressi compiuti dal Giappone nella sua meravigliosa avanzata verso la civiltà occidentale consiste nell'affrancazione della donna dalla cieca subordinazione all'uomo.

Nel suo cammino di conquista la piccola donna gialla non solo ha raggiunto la sua affrancazione, ma lotta per entrare anche nell'esercizio professionale in concorrenza coi rappresentanti del sesso forte.

Nel 1884 la signora Hagino Yosci-ko iniziò una intensa campagna per ottenere l'abrogazione della legge che vietava alle donne l'esercizio dell'arte medica e tanto la sua attività e quella dei suoi seguaci fu convincente che la legge in parola fu abrogata.

Da allora l'esercizio medico femminile ha fatto passi giganteschi giacchè nel Giappone si contano non meno di 250 medichesse esercenti, con un numero presso a poco uguale di studentesse iscritte alla facoltà medica di Tokio. Una delle più stimate case di salute della capitale dell' impero del sol levante è diretta dalla dottoressa Yoskoka Yacòi: a questa clinica privata è annesso un ambulatorio visitato, in media, da circa ottanta persone al giorno.

(Da un articolo di Adachi Kinosuke, « American Review of Review », riassunto in *Avv. San.*).

Non si fuma in farmacia !

La Luogotenenza della vicina Stiria ha diretto la seguente circolare alle autorità sottoposte :

« Fu constatato che nel locale di dispensa della farmacia, tanto il personale addettovi, quanto il pubblico, fuma tabacco. Siccome rimedi divisi in capsule di ostia, o dispensati in involti di carta, prendono con facilità odore di tabacco, sia dalla atmosfera, sia in modo più diretto, dalle mani del fumatore che manipola medicamenti, e siccome questo inconveniente è atto a provocare disturbi e nausea in certi malati nel far uso di tali rimedi, così s'invitano i direttori di farmacia a disporre che il personale non abbia a fumare nel locale di dispensa e che il pubblico venga pure chiamato ad osservare una simile astensione, a mezzo di analogo avviso ». (*Ivi*).

Strage di lebbrosi.

Nello scorso dicembre in China la missione cattolica di Ma Ning in prov. di Schangai aveva chiesto l'autorizzazione di costruire a proprie spese un ospizio per ricoverarvi i lebbrosi che vivono nel bosco a poche leghe dalla città; le autorità avevano concessa l'autorizzazione.

Nello stesso tempo però gli indigeni fanatici scavarono un pozzo nel quale fu gettato del legname impregnato di sostanze infiammabili ; poi i lebbrosi dei dintorni in numero di 38 furono precipitati ed arsi vivi in fondo alla presenza di numerosa folla. Il governatore ha diramato un proclama nel quale i lebbrosi sono accusati di delitti di cui sono innocenti. (*Ivi*).

Infermiere... americane.

Si ha notizia di una tragedia, di cui si ignorano ancora le cause precise. Essa si è svolta all'Ospedale di Belfortile presso New-York. Due infermiere sono state trovate morte: ciascuna aveva il corpo crivellato di proiettili. Accanto ad una di esse venne trovata una rivoltella. Pare che le due infermiere, tra le quali avvenivano sovente delle violenti dispute, si siano nella notte nuovamente azzuffate.

L'infermiera Rosa Roque, canadese, avrebbe ucciso l'infermiera Lasce e poi si sarebbe suicidata. (*Ivi*).

Un paese dove non si muore.

Valera Fratta, comune del mandamento di S. Angelo Lodigiano, che conta la popolazione legale di anime 1014, dal novembre scorso rimaneva senza decessi, ad onta delle nascite frequenti, dell'inverno esiziale pei vecchi indeboliti e catarrosi, delle malattie epidemiche dei bambini.

L'affossatore era intenzionato di avanzare supplica alla Giunta Municipale per ottenere un aumento di stipendio per la mancanza degli incerti, quando, finalmente, il 30 giugno scorso, una vecchia di 83 anni, tale Maria Barbieri vedova Bosatra, si decise al gran passo. Le pagine dei morti del registro di Stato civile videro dopo sette mesi di candore l'inchiostro nero del segretario Bigolotti (*Ivi*).

Il fascicolo di agosto 1913 ***della nostra* Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

Rassegna della stampa medica.

Arch. di Farmac., IX. SATTA e GASTALDI. « Sul ricambio della lecitina introdotta per bocca ».

Rass. d. Pediatr., 1. REPACI. « Le meningiti sierose, il meningismo, gli stati meningei ».

Gaz. d. Hôp., 8 mag. BALARD. « Il polso e la tensione arteriosa nel fanciullo e nel neonato ». — ALQUIER. « L'opoterapia bilio-pancreatica nelle dispepsie ».

The Lancet, 10 mag. HILL. « Fisiologia del trattamento all'aria libera ».

Paris Méd., 10 mag. DUVERGEY. « Insufficienza epatica nell'appendicite ».

Brit. Med. Journ., 10 mag. SOUTTAR. « L'intususceptione ».

Med. Klinik., 11 mag. DÜHRSSEN. « Il bacino ristretto in ostetricia ».

L'Idrologia, ecc, VI. BORDONI, « L'alta frequenza nella clorosi ».

The Boston M. a. S. Journ., 8 mag. BRACKEN. « Diagnosi della natura tubercolare delle affezioni articolari ».

Medic. Record, 10 mag. DANA, BERKELEY, GODDARD, CORNELL. « Le funzioni della glandola pineale ».

The Journal A. M. A, 10 mag. HAYTHORN. « Tubercolosi delle grandi arterie ». — GRIMM. « Sull'epidemiologia della pellagra ».

Rev. Valenciana de Ciencias Méd, 10 mag. RECASÉNS. « Sull'intossicazione gravidica ».

Arch. p. le Sc. Med, 2. MICHELI. « Sul meccanismo della reazione di Wassermann ». — D'ANTONA S. « La parete arteriosa in condizioni normali e patologiche ».

Berl. Klin. Woch, 12 mag. MOURE. « Sul trattamento odierno dell'ozena ». — LICHTWITZ e THÖRNER. « La questione dell'acido ossalico ».

Giorn. It. d. Mal Ven. e della Pelle, II. BREDA. « Lepra del globo oculare e dei suoi annessi ». — BUA. « Sull'uso della neve carbonica in alcune malattie della pelle ».

Riv. d'Ig. e San Pubbl., 16 mag. MAFFI. « Per la riforma delle reclute tubercolose ». — BORMANS e ABBA. « Sul valore battericida del lysoform ».

Arch. d. Sc. Biol., 4. GRIENIEW. « I lipoidi nell'infezione tubercolare cronica ».

Münch. Med. Woch., 13 mag. STÄUBLI. « Misure termometriche comparate ». — LENK e EISLER. « Studi radiologici sulla fisiologia e patologia del tubo digerente ». — WOLZE e PAGENSTECHER. « Cuprase e raggi X nel carcinoma delle amigdale ».

Gazz. d. Osp., 13 mag. GIBELLI. « Azione terapeutica del siero di animali anemizzati ».

Bull. de l'Ac. de Méd., 13 mag. CADIOT. GALIFFI. « Sulla febbre aftosa ». — BÉCLÈRE. « Il dosaggio della crioterapia locale ».

Zbl. f. Ther., mag. BUXBAUM. « Sulla terapia fisica delle affezioni articolari croniche ».

La Sem. Méd., 14 mag. ACHARD. « Le proprietà criptossiche del siero ».

Wien. Klin. Woch., 15 mag. ALBRECHT e JOANNOVICS « Sulla coltura artificiale dei tumori umani ». — LÖWENSTEIN. « Tubercolosi aviaria nell'uomo ».

Pathologica, 15 mag. ANDREI. « Sinoviti tossiche sperimentali ». — MARTIRI. « Sulla ricerca rapida dei corpi di Negri ».

Il Lavoro, 15 mag. CESA-BIANCHI. « Ricerche sperimentali sulla tubercolosi polmonare ».

Giorn. intern. d. Sc. Med., 15 mag. LOMBARDI. « Influenza della sostanza cerebrale sulla tossicità della stricnina ».

La Presse Méd., 15 mag. ARMAND-DELILLE. « La forma anascitica della peritonite tubercolare ». — RAMOND. « Il segno degli spinali ».

Riv. Osped., 15 mag. OSSLAN. « Ossificazione del polmone ».

Deut. Med. Woch, 15 mag. HÜBNER. « Patologia e terapia della degenerazione ». — SASSE. « Sull'etiologia dell'appendicite ». — SCHREIBER. « Sulla profilassi e terapia della difterite ».

Rev. de Thér., 15 mag. DELBET. « Le turbe digestive d'origine ceco-colica e loro trattamento chirurgico ».

Le Journal Méd. Français, 15 mag. « Numero consacrato al liquido cefalo-rachidiano ».

L'Attualità Medica, 15 mag. CERLETTI. « Il cretinismo endemico ».

La Policlinique, 15 mag. PECHÈRE. « La retrazione ischemica di Volkmann ».

The Lancet, 17 mag. WILLIAMSON. « Il significato dell'albuminuria nella gravidanza ».

Brit. Med. Journ., 17 mag. HORDER. « La diagnosi precoce del cancro dello stomaco ».

Paris Méd., 17 mag. RIEUX. « La malattia di Hodgkin ». — GILBERT. « Cura dell'emicrania ».

Zbl. f. Chir., 17 mag. IKONNIKOFF e SMIRNOFF. « Sostituzione plastica di difetti del diaframma con la fascia lata ».

Le Progrès Méd., 17 mag. ROZIÈS. « La cura dei foruncoli ».

Gaz. d. Hôp., 17 mag. LÉRI e LEROUGE. « Atrofie muscolari sifilitiche progressive ».

Le Scalpel, 18 mag. WEEKERS. « Le sindromi oculo-simpatiche ».

Gazz. d. Osp., 18 mag. VASOIN. « Sul rapporto fra indacano delle urine e triptofano nelle feci; significato clinico ».

Med. Klinik, 18 mag. MINKOWSKI. « Cura dietetica della gotta ». — TOENIESSEN. « Mutazioni dei batteri ».

La Presse Méd., 17 mag. ALGLAVE. « Dilatazione del cieco e pericolite del colon ascendente ».

La Ginecol., 13. MESSA. « Neuriti traumatiche tubercolari ».

Tuberculosa, 18 mag. PIERY. « Il pneumotorace artificiale nel trattamento della tubercolosi polmonare ».

Le Bull. Méd., 17 mag. CATHELIN. « La simpatia reno-renale unilaterale ».

Allg. Wien. Zeitung, 20 mag. HERZ. « Sull'arteriosclerosi ».

Münch. Med. Woch, 20 mag. CONRADI. « Nuovo principio sulla coltura elettiva e sue applicazioni alla difterite ». — GIEMSA. « Sulla chemoterapia delle spirochetosi ». — VULPIUS. « Fototerapia della tubercolosi chirurgica ».

Gazz. d. Osp., 20 mag. FACCHIN. « Leucemia traumatica ».

La Presse Méd., 21 mag. VILLARET e DESCOMPS. « L'idrotorace bacillifero ». — DALIMER e LANCERAUX. « Gli aminoacidi nelle colture batteriche ».

La Sem. Méd., 21 mag. MANOUKHINE. « Azione curativa della leucocitolisi provocata dall'irradiazione della milza ».

The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 15 mag. BATES. « Le febbri malariche a Panama ».

Wien. Klin. Woch., 22 mag. MÜLLER e STEIN. « I rapporti tra cutireazione e reazione di Wassermann nella lue ». — BAUER e SKUTETZKY. « Sulla patologia dei lipoidi del sangue ». — PRZYGODE. « Produzione di agglutinine specifiche nella coltura artificiale dei tessuti ».
Annals of Surgery, mag. MURPHY. « Artroplastica ». — CARWARDINE. « Importanza chirurgica del pancreas accessorio ». — BECKMANN. « Le complicazioni consecutive alle operazioni chirurgiche ». — FOWLER. « Cisti della milza ».
Deut. Med. Woch., 22 mag. ZANGEMEISTER, VIERECK, BEHRING. « Il nuovo metodo Behring per la protezione antidifterica ». — GILDEMEISTER e BAERTHELEIN. » Ricerche batteriologiche in lattanti ammalati ». — TSUZUKI, ICHIBANE, HAGACHI, HTANO. « L'antiluetina ».
Le Bull. Méd., 21 mag. BÉRARD. « Il trattamento delle fratture recenti della rotula ».
Gazz. Med. It., 22 mag. VARISCO. « Tumori flogistici dell'omento ».
Gazz. d. Osp., 22 mag. DI GIUSEPPE. « L'edema delle palpebre ».
Le Progrès Méd., 24 mag. ROGER. « Il liquido cefalo-rachideo nella meningite tubercolare ».
The Boston M. a. S. Journal, 22 mag. NEWBURG. « Trattamento dietetico della stitichezza ». — GOODALL. « Id. delle nefriti ».
Lo Sperimentale, II. RONDONI. « Ricerche sperimentali sui tumori ». — FIORI. « Splenomegalia emolitica trattata colla splenectomia ». — FILIPPI. « Sulla digeribilità gastrica del latte ».
La Rif. Med., 24 mag. ROASENDA. « Riflesso di retrazione dell'arto inferiore e riflesso di allungamento crociato ». — MONZARDO. « Sulla tubercolosi ipertrofica del ceco ».
Gaz. d. Hôp., 20 mag. RISPAL e PUJOL. « Atassia acuta con guarigione rapida ». — 22 mag. MATHIEU. « L'occlusione lenta e progressiva del tenue ». — 24 mag. ROGER. « Gli accidenti neuromeningei precoci e tardivi del 606 ».
Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 mag. D'ESPINE. « La malattia di Banti nel fanciullo ».
The Lancet, 24 mag. WALLER. « L'azione elettrica del cuore umano ».
Brit. Med. Journ., 24 mag. BRAMWELL. « Il trattamento dell'anemia perniciosa progressiva ».
Paris Méd., 24 mag. BACCELLI. « Le infezioni acute latenti dell'organismo umano ». — GRÉGOIRE e DESMARET. « Ematorachide traumatico ». — CHIRAY e CLARAC. « Pepsina urinaria ».
Pensiero Med., 25 mag. GALLENGA. « L'ulcus serpens corneae nei contadini considerato come infortunio sul lavoro ».
Berl. Klin. Woch., 26 mag. FABER. « Stati anemici nell'achylia gastrica cronica ». — VORKASTNER. « Psichiatria e stampa ».
Gazz. d. Osp., 27 mag. MOTTOLA. « Sulla clinica della clorosi ».
Münch. Med. Woch., 27 mag. v. HOESSLIN. « La linfocitosi degli astenici e dei neuropatici ». — MORO. « Eritema nodoso e tubercolosi ». — NASSAUER. « La dicotomia tra i medici ».
Zeitschr. f. Tub., mag. PORTMANN. « Tubercolosi e alloggi ». — SCHELLENBERG. « Reperti roentgenologici e fisici nella tubercolosi polmonare ».
La Stomatol., 7. BELFANTI. « Il siero Deutschmann nella cura della piorrea alveolare ».
Gaz. d. Hôp., 27 mag. MORESCHI. « Trattamento estetico degli ascessi del seno ».
Le Bull. Méd. 28 mag. SERGENT. « Le forme scrofoloidi della sifilide ».
La Sem. Méd., 28 mag. « L'intermittenza nella balbuzie ».
Wien. Klin. Woch., 29 mag. JANUSHKE ». Sull'inibizione del processo flogistico ». — PRIBRAM. « Sul mal di mare ». — TILLGREN e TROELL. « Artrite paratifosa ».
La Presse Méd., 28 mag. LERMOYEZ. « Trattamento patogenetico dell'idrorrea nasale ».
Gazz. d. Osp, 29 mag. PARISI. « Pneumonite da malaria ».
Deut. Med. Woch., 29 mag. LOEFFLER. « Microrganismi secchi scaldati e microrganismi digeriti come antigeni ». — HESS, HANSEMANN. « Guarigione di carcinoma uterino dopo curettage ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 24 agosto 1913 Fasc. 34

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

La pellagra nella provincia di Roma.

Inchiesta fatta da ALESSANDRINI prof. GIULIO; GIANNELLI prof. AUGUSTO; FILENI prof. ENRICO per incarico della Commissione pellagrologica della Provincia di Roma.

L'on. Commissione pellagrologica provinciale nella seduta del 4 giugno 1912, affidava a tre dei suoi membri (prof. Fradella, Fileni ed Alessandrini) l'incarico di procedere ad una verifica, quanto più possibile esatta, sullo stato attuale della pellagra nella provincia di Roma e nel tempo stesso volle che si studiassero le condizioni che, direttamente o indirettamente, potessero avere una influenza sullo sviluppo della malattia.

Il prof. Fradella, medico provinciale, per le sue molteplici occupazioni dovette, suo malgrado, rinunciare a prendere parte ai lavori di questa Sotto-Commissione ed in sua vece si ottenne l'autorizzazione, tanto dal presidente della Commissione ministeriale, on. prof. Alessandro Lustig, quanto dal presidente di quella provinciale, onorevole conte Alberto Cencelli, di aggregare il prof. Augusto Giannelli, membro, come l'Alessandrini, della Commissione ministeriale stessa.

In tal guisa nella nostra Sotto-Commissione figuravano due membri di quella ministeriale (Alessandrini e Giannelli) e due di quella provinciale (Alessandrini e Fileni).

Prima di procedere ai sopraluoghi stabilimmo di comune accordo il nostro programma.

Ognuno di noi era animato dal migliore entusiasmo e in ognuno di noi era vivo il desiderio di soddisfare all'impegno preso nel miglior modo e di portare. ove fosse possibile, sia pure un modesto contributo alla soluzione di un così importante problema intorno al quale, pur con vedute diverse, tanti e tanti, si affaticano, con l'unico intento di giovare all'umanità sofferente.

Benchè uno di noi fosse sostenitore di una delle nuove vedute intorno alla genesi della pellagra pure si procedette in tutto e sempre senza preconcetti, avendo di mira solo la ricerca del vero.

Studiare nel miglior modo possibile l'ambiente di vita del contadino, le sue condizioni igieniche e quelle delle abitazioni, il suo stato economico, il genere della sua alimentazione nei più minuti particolari, indagare tutto quanto potesse avere un rapporto con lui e in special modo con lo sviluppo della pellagra, questo fu il nostro programma.

Ci proponemmo di visitare il maggior numero di comuni e, in ciascuno di questi, quanti più contadini, malati o no, ne fosse possibile.

A tale scopo la nostra visita era preannunciata; i sindaci, gli ufficiali sanitari erano pregati di farci trovare riuniti in un unico locale tutti i casi denunciati.

Ben pochi fortunatamente mancarono all'appello. Agli occhi di questi poveri contadini noi, membri di una Commissione di studio, rappresentavamo il Governo che da o toglie il sale gratuito. Il timore di perderlo o il desiderio di averlo fece si che accorsero per essere visitati non solo quelli che sapevano di essere stati denunziati come pellagrosi, ma molti altri infermi di malattie comuni e tanti e tanti altri nei quali la vera ed unica malattia era senza dubbio l'estrema miseria.

Ciò permise a noi di poter visitare in ogni comune un numero di persone alle volte veramente esuberante, di poter fare dei confronti e farci un concetto, diremmo quasi, esatto dello stato generale di salute.

Assai spesso, sia per vedere qualche ammalato che non era potuto venire da noi, sia per mettere in chiaro dubbi o investigare intorno a circostanze di fatto che potevano avere una qualche importanza, ci siamo recati lontano, presso le case dei contadini.

Nel fare la diagnosi di *pellagra* non siamo stati davvero troppo ristrettivi, ma non abbiamo voluto eccedere in larghezza.

Pur tenendo di mira la triade classica fenomenologica (eritemi, disturbi a carico del tubo digerente, disturbi nervosi) abbiamo preferito inscrivere nel numero dei pellagrosi anche alcuni che presentavano qualche dubbio o che avevano segni pregressi di sofferta malattia. Purtroppo quando si conosce quanto sia difficile fare una diagnosi di tal natura, non si può andare troppo alla leggera nell'iscrivere o cancellare in un elenco un ammalato che da un momento all'altro può presentare il quadro classico della malattia stessa. Cosicchè anche quei casi, nei quali la diagnosi era dubbia, sono stati compresi nell'elenco dei pellagrosi.

In ogni modo però non abbiamo mai considerato per tali quegli altri nei quali un accurato esame obbiettivo ci ha permesso di escludere la pellagra e di formulare una diagnosi precisa.

Ciò premesso noi possiamo fin da ora dire che pochi sono i pellagrosi nella nostra provincia e che molti dei casi denunziati per tali non presentano il benchè minimo segno della malattia.

(2)

E si può anche affermare, sia per le inchieste che hanno preceduto la nostra, sia per le informazioni assunte, che la pellagra è sempre rimasta stazionaria e per il numero dei colpiti, e per le località ove si è manifestata.

Figurano infatti quasi sempre gli stessi comuni e sempre due sono i focolai di endemia pellagrosa.

Uno alle pendici dei monti Volsinieni ad ovest del Lago di Bolsena, l'altro alle falde degli Ernici e dei Prenestini. Il primo si trova all'estremo nord della provincia stessa, il secondo al sud (vedi carta).

Il numero è stato sempre scarsissimo e lo dimostra anche il fatto che scarsi assai sono stati i pazzi pellagrosi ricoverati nel nostro manicomio. Infatti se si tiene conto del numero degli abitanti della provincia (circa 1,200,000 abitanti statistica 1901) si vedrà quanto lieve sia la percentuale di essi.

Nei 20 anni dal 1881 al 1900 se ne ebbero solo 32 (statistica Giannelli) distribuiti in 25 comuni appartenenti sempre alle stesse regioni.

Nè grande numero di malati mette in rilievo la inchiesta sulla pellagra che il Fileni fece nel 1905 per suo conto nei circondari di Frosinone e Velletri.

In questa inchiesta si cerca anche di mettere in rapporto l'apparire e il diffondersi della pellagra in alcuni comuni con l'importazione del granoturca delle Paludi Pontine, il quale è generalmente avariato

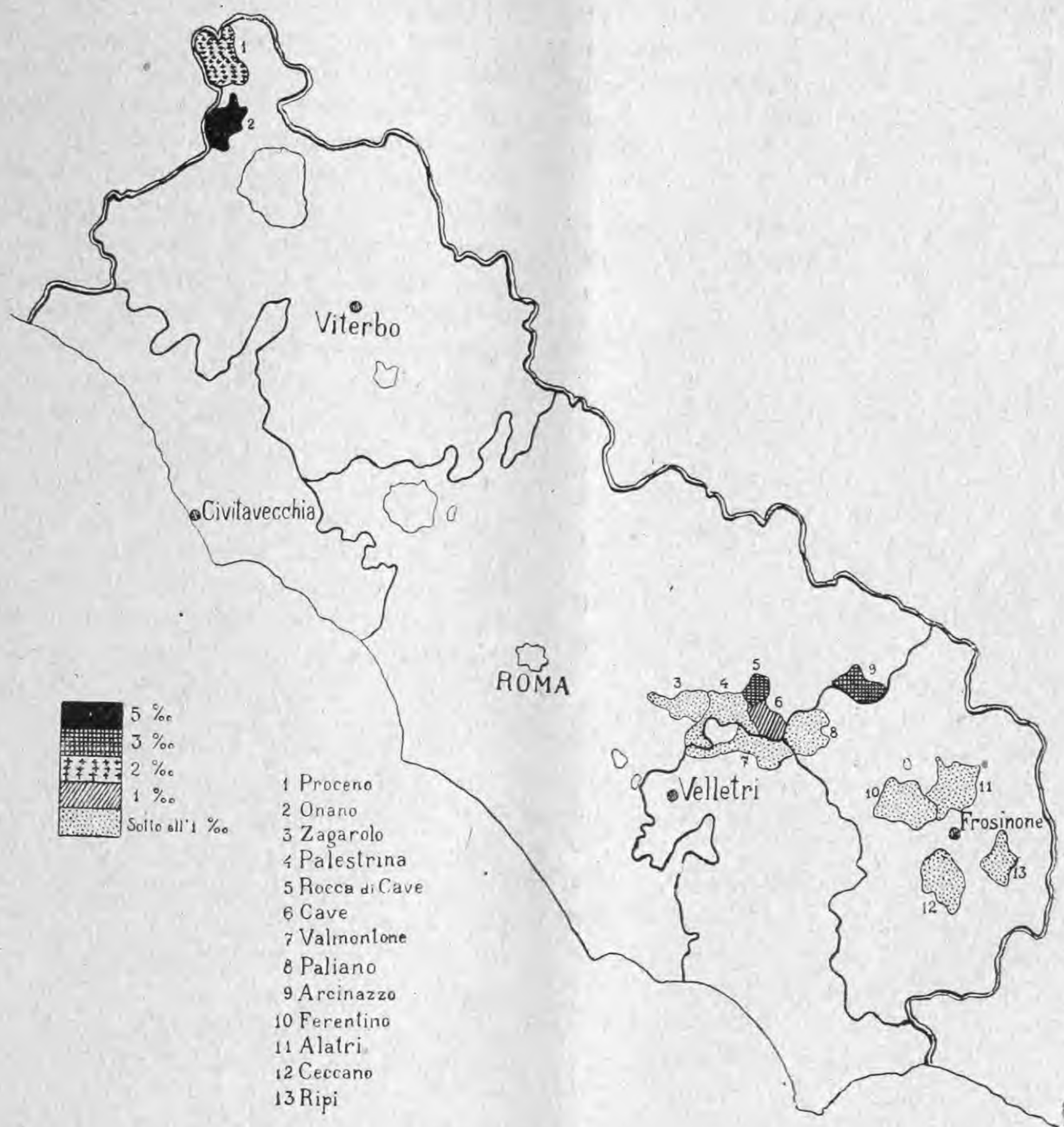
E noi puse abbiamo potuto constatare che effettivamente esiste anche ora questa importazione. In qualche comune infatti della Ciociaria i contadini vendono il loro granoturco perchè di buona qualità, quindi ricercato e pagato bene, per acquistarne altro, proveniente dalle paludi, dove, se cresce rigogliosamente e matura bene, male si asciuga e facilmente ammuffisce.

Il numero così esiguo di pellagrosi e l'aver notato che l'endemia pellagrosa non ha mai accennato nè ad aumentare, nè ad estendersi ha fatto sì che non vi sia stata la necessità di prendere gravi misure per combattere il male. In ogni modo là dove sembrava che la malattia fosse più intensa si fece tutto quanto si ritenne necessario per combattere la pellagra in osservanza della legge ad essa relativa.

Così ad esempio ad Onano paese di 3054 abitanti esiste un essiccatoio che è in funzione dal

1904 e si usa tutti gli anni; vi è una locanda sanitaria ed il Comitato pellagrologico locale fece e fa quanto può per vedere redento il paese da questa malattia. Infatti, in considerazione dei grandi bisogni dei contadini, ad evitare eccessivi guadagni dei privati, istitui un forno municipale che funzionò fino a che gli esercenti fornai aumentarono e la concorrenza rese bassi i prezzi. Ora infatti ad Onano esistono 5 forni e 4 macelli, due dei quali per le carni inferiori e due per il manzo.

Due altri essiccatoi furono inviati a Arcinazzo e Piglio, ma funzionarono per brevissimi periodi non essendo riusciti a persuadere la popolazione.

Dato il numero esiguo dei malati non ci fu possibile stabilire se l'eredità avesse una influenza nello sviluppo della malattia.

Invece assai spesso abbiamo dovuto udire dalla bocca degli stessi ammalati che la pellagra si era sviluppata dopo altra malattia, dopo un parto, dopo un disordine od una grave emozione.

Abbiamo dovuto constatare anche che le donne sono le maggiormente colpite e su 46 fra accertati e sospetti vi riscontrammo ben 35 femmine.

Mai ci fu dato di trovare bambini pellagrosi.

Per riguardo agli insetti pungenti ed ai *Simulium* in ispecie possiamo affermare che, pure riunendosi in alcuni comuni tutte le circostanze atte allo sviluppo di essi, non li potemmo trovare (torrente Stritolone, ecc.), malgrado nelle vicinanze vi fossero dei malati di pellagra mentre ne trovammo abbondanti là dove non esistono malati (Vicovaro e Anagni). Del resto in moltissimi comuni fra quelli da noi visitati mancano

nelle vicinanze delle località pellagrogene persino dei corsi d'acqua (Rocca di Cave, Onano, Arcinazzo, ecc.), eppure sono fra i centri maggiori di endemia pellagrosa. Nè per essi si può addurre come causa nello sviluppo del male l'emigrazione ed il lavoro lontano perchè alcuni infermi mai si mossero dal loro podere ed altri mai si allontanarono dal paese.

Dopo queste osservazioni di indole generale veniamo a considerare in dettaglio le altre, che, come quelle generali, sono il risultato delle informazioni prese da noi stessi in 39 comuni delle due zone ove esiste la malattia.

ABITAZIONI.

Le abitazioni dei contadini della provincia di Roma sono assai variabili, e si possono raggruppare in quattro tipi principali:

1° Tipo. — Capanne fatte con impalcatura di legname coperte e protette da cannuccie e scopiglio. Nell'interno esistono tutto intorno delle cuccette (rapazzole) sovrapposte. Nel mezzo vi è il focolaio. Sono generalmente asciutte, ben protette sia dalla pioggia che dai venti. A San Cesareo (presso Zagarolo) dove esiste un caratteristico borgo costituito esclusivamente di capanne, non lasciano nulla a desiderare.

Solo la luce è scarsa ma, se si pensa che i contadini che le abitano, passano la vita all'aperto, questo inconveniente non ha un gran peso sull'igiene di essi. Del resto ci siamo dovuti convincere che, sotto molti rapporti, sono assai migliori queste primitive capanne che non tante altre abitazioni.

2° Tipo. — Abitazioni di un solo piano terreno costruito parte in legname, parte in muratura, parte in canne coperte da fango. Il tetto è formato da tegole sconnesse. Assenza di pavimento. È questo il peggior tipo di abitazioni. Predominano nel circondario di Frosinone.

Assai spesso sono costituite di due soli ambienti, uno adibito per i contadini l'altro per gli animali. Quello del contadino serve a tutti gli usi della vita, è nel tempo stesso stanza da letto per tutta la famiglia, spesso numerosa, cucina, dispensa. Al soffitto, ed alle pareti sono appesi agli, cipolle, salumi, se ne hanno, scarpe, corde e tutti gli utensili di lavoro. Le patate stanno spesso sotto al letto e il granoturco, per lo più entro un sacco, in un angolo della stanza.

Non mancano però contadini, che per avere maggiori mezzi, pur mantenendo il tipo di costruzione anche nei dettagli, a poco a poco, quando ne sopraggiunge il bisogno, ingrandiscono l'abitazione; allora vediamo queste casupole fatte di più pezzi con il tetto e le pareti esterne protette nel modo più economico possibile. Tegole, canali, tavole, scopiglio servono tutte a riparare la pioggia e il sole come pure in assenza di quelle usano vecchi recipienti di petrolio.

Con l'aumentare degli ambienti vengono ciascuno di essi adibiti ad usi diversi. Allora solo le camere da letto sono separate dalla cucina, ove per lo più si trova anche una specie di forno e può esistere una dispensa ed una stalla. Non ombra di pavimento. Per lo più le porte esterne sono le uniche aperture per dove penetra l'aria.

3° Tipo. — Come le precedenti ma tutte costruite in muratura e coperte da materiali laterizi. Spesso esiste una pavimentazione o di pietra o di mattone e quasi sempre le camere hanno anche finestre.

4° Tipo. — Case ben costruite a due piani per lo più con scala esterna per accedere al superiore. Il piano terreno è adibito ad uso stalla e per una parte a fienile. Il superiore serve di abitazione. Generalmente l'ingresso che è vasto serve anche da cucina. Le camere tutte, ad eccezione di questa, che, quando non ha finestre, si serve della porta per luce ed aria, hanno finestre. Sono ben costruite e pavimentate.

ALIMENTAZIONE.

Nella provincia di Roma non vi è alimentazione *esclusivamente maidica* ma nella maggior parte dei comuni fra i contadini essa è *prevalentemente maidica*. Il granoturco ora sotto forma di polenta, ora sotto forma di torta, ora come pane, viene mangiato in tutti pasti. La polenta si consuma appena cotta; la torta, se avanza si mangia tutt'al più nel giorno successivo alla cottura; il pane di granoturco invece si cuoce per lo più una volta alla settimana solo raramente due. Solo nella parte littoranea del circondario di Civitavecchia non si fa uso per nulla di *mais* (comuni di Montalto, Corneto, Civitavecchia). Nello stesso modo non usano affatto *mais*, nella alimentazione abituale i *vignaroli*, che risiedono nei Castelli romani.

Nella rimanenza dei comuni però, come si è detto di già, se ne fa molto uso tanto da quelli che risiedono permanentemente in campagna, come da coloro che vanno solo a lavorarvi e da quelli che non si muovono mai dai centri abitati (le donne in ispecie).

Generalmente il nostro contadino fa da tre a quattro pasti al giorno (tre nell'inverno, quattro nell'estate).

I pasti sono in genere, salvo lievi eccezioni così costituiti:

1° *Pasto mattutino* (ore 8-9 ant.). — Torta di granoturco per lo più assoluta e assai spesso quella rimasta della sera. Alcuni vi mangiano insieme dei salumi (baccalà, aringa, sardone, saracche) oppure qualche pezzo di formaggio od anche semplice cipolla cruda.

2° *Pasto.* — Questo in alcuni comuni costituisce il pasto maggiore, in altri invece è rappresentato da una *merenda*: in questo caso il pasto della sera è meno scarso. Quando il pasto del meriggio (12-14) è dato dalla *merenda* si compone per lo più di altra pizza con salumi o cipolla: quando invece diviene il pasto principale allora si compone generalmente di una minestra di erba, o di legumi con pasta casareccia, o riso con pasta, o più spesso polenta cotta nel caldaio.

Le minestre di legumi per lo più sono di fagiuoli, ceci, fave, ecc., condite con olio o battuto.

In questo pasto usano sempre pane di granoturco, od anche altra pizza.

3° *Pasto.* — Viene fatto di sera in casa al ritorno dal lavoro. Anche questo può essere costituito da una scarsa cena simile alla merenda degli altri a mezzogiorno, oppure formare il pasto principale composto per lo più degli stessi alimenti che gli altri consumano al pranzo di mezzodì.

In qualche comune specialmente a primavera e sui primi dell'estate, quando le giornate sono più lunghe, il contadino usa fare quattro pasti. Uno al mattino prima del lavoro (dalle 4 alle 5), il secondo circa le 8, il terzo alle 2 pom. ed il quarto la sera in casa al ritorno dal lavoro.

In questo caso il secondo e quarto pasto sono quasi uguali, costituiti cioè di una minestra variabile con erba o no accompagnata da pane di polenta o pizza.

Il primo pasto si compone quasi esclusivamente di pizza avanzata dalla sera innanzi, qualche volta con salumi.

Il terzo pasto è formato da un piatto d'insalata cruda con olio e aceto, o un pezzo di formaggio od anche salumi con pane di granoturco.

I contadini che si trovano in migliori condizioni economiche fanno qualche volta (una o due la settimana), uso di lasagna, cotta in acqua, oppure asciutta, condita con formaggio, grassi e pomodoro.

Non viene usato quasi per nulla il pesce fresco.

La carne non si consuma che eccezionalmente e quasi solo quella di pecora o capra.

Abitualmente non bevono che acqua. Il vino si beve soltanto nei giorni di festa e quasi esclusivamente dagli uomini. Non mancano però paesi ove vi è qualche accenno di abuso di vino anche nelle donne.

Pane di grano si consuma, e non da tutti, solo nei mesi estivi (luglio, agosto, settembre).

Nella nostra provincia non si usano come pasto nè le castagne nè la loro farina.

Non si usa latte; si fa solo moderato consumo di formaggio pecorino.

GRANOTURCO.

Il granoturco si semina più o meno in tutta la provincia e da per tutto, come si disse, se ne fa un gran consumo. Generalmente si usa l'agostano che in qualche Comune, specie delle colline, viene raccolto in settembre ed anche più tardi nelle annate sfavorevoli.

Non vi è che scarsa importazione dall'estero, però in molti paesi della Ciociaria, specie quelli dove si raccoglie granoturco di migliore qualità, viene esportato questo e viene acquistato quello delle Paludi pontine che il più delle volte, siccome viene venduto a misura, si bagna per farlo ricrescere.

Nella massima parte della provincia, appena raccolta la spiga, questa viene sgranata, o a macchina o a mano oppure battuta con le *fruste*: il granoturco viene sparso per due o tre giorni sull'aia o sui copertoni, avendo cura di ammucchiarlo ogni sera e coprirlo per tornarlo a stendere il giorno dopo.

Si tiene esposto al sole per 2-3-4 giorni, fino a che suona o scrocchia al dente, fino a che è asciutto. In genere qui nella provincia asciuga bene, però non mancano paesi in cui o per le condizioni di cultura e di raccolta (paesi delle Paludi), oppure per circostanze speciali non può raggiungere quel grado di essiccamento desiderato. Così, ad esempio, a Marano Equo ove sono frequentissime le alluvioni dell'Aniene nel mese di settembre, si raccoglie granoturco non perfettamente maturo che spesso non riesce ad asciugare.

Il granoturco viene conservato in vario modo. Dopo asciugato si porta nelle abitazioni, qui viene tenuto in sacchi, dentro le botti, in casse coperte, nelle madie, oppure nelle così dette *camere-canna*,

Camera-canna

grossi cilindri di canne intrecciate per lo più senza fondo con una o più aperture a varie altezze, chiuse da cenci, attraverso le quali si fa uscire il granone quando occorre: contengono per lo più dai 5 ai 10 quintali. I sacchi e le camere-canna poggiano quasi sempre o su mattoni o su tavole sollevate da terra. In alcuni posti (San Cesareo) i sacchi vengono tenuti su assiti di assicelle sollevate da terra 8-10 centimetri, distanti qualche centimetro uno dall'altro perchè in tal modo si evita, così dicono, che la quantità, che tocca terra, muffisca. Spesso però il granoturco viene tenuto sparso sul pavimento, sotto il letto e solo raramente, quando si tratta di forti partite, è messo nei granai e paleggiato di tempo in tempo.

Altre volte il granoturco (nel Viterbese e nelle Paludi) non viene sgranato dopo il raccolto ma viene conservato nel tutero stesso. Si fanno dei mazzi che vengono appesi al soffitto, oppure si intessono grosse treccie, ciascuna delle quali è composta di 100-150 spighe.

In questo caso se ne sgrana volta per volta la quantità che occorre mandare al molino, altrimenti va mandato alla macina in quantità variabile da uno staio ad un sacco, secondo i bisogni, ogni 7, 8, 10, 12, 15 giorni.

La farina, che generalmente si conserva in sacchi posti o sulle sedie o sulle tavole od anche sui mattoni in un angolo delle stanze, oppure si tiene nelle madie, si confeziona in vari modi.

1° Sotto forma di polenta cotta nel paiuolo che prende nomi diversi secondo la densità. *Polentone* quando è dura e può tagliarsi col filo. *Panizzolo* o *gnocchetti* se è un po' meno densa e *panizza* quando è lenta.

2° Sotto forma di *pizza* o *fallone*. Si usa la farina di granoturco più fina. Si impasta con acqua salata (più o meno) bollente, poi si cuoce su un così detto *mattone* (pezzo di arenaria nera) del diametro di circa 30 centimetri che viene prima arroventato sotto la bragia. Si gira avanti al fuoco da tutti i lati e si serve calda. La pizza ha generalmente lo spessore di un centimetro e mezzo, raramente più. Invece che sul *mattone* qualcuno usa cuocerla alla gratella, oppure nella caldarostiera.

3° Sotto forma di pani di varia grandezza e peso (da 1 chilo a 1 1/2) che prendono il nome di *fariseo, pagnotte, maritozzi*. Questi vengono cotti al forno ogni tre o quattro giorni e alle volte anche una volta la settimana.

I pani così fatti si conservano nelle madie o sopra tavole attaccate al muro.

ACQUA.

La provincia di Roma è una delle provincie più fortunata per le acque, sia per quantità che per qualità e per modo di approvvigionamento. Infatti quando si pensi che nella provincia di Milano su 297 Comuni solo 12 hanno acquedotti, in quella di Mantova su 68 Comuni uno solo è provveduto di acquedotto, che non esiste neppure un acquedotto in quello di Cremona, in quello di Padova su 103 Comuni ve ne sono 2 soli e in quello di Venezia su 50 Comuni 3 soli hanno acquedotti e che in queste provincie come in tante altre che tacciamo per brevità, predominano pozzi superficiali tenuti più o meno in buono stato, si può essere ben lieti di vedere che nella provincia di Roma su 226 Comuni, 220 sono gli acquedotti in azione.

Pochi dunque sono i Comuni che non l'hanno e questi si servono per la massima parte di acque sorgive.

Anche nelle campagne predominano le sorgive con abbondante quantità di acqua; non mancano però frazioni e case che usano acque d'infiltrazione superficiali, acque di stillicidio e cisterne private. Per le condotture predomina l'uso dei tubi di ghisa, però qualche acquedotto ha condotture in muratura, di terra cotta, doccie in pietra o in tufo, di ferro o di grès. La lunghezza degli acquedotti è variabile e va da un minimo di 50 metri (Labico) a un massimo di 47 chilometri (acqua Marcia di Roma).

La quantità pure è variabile da un minimo di litri 1 per abitante nelle 24 ore (Onano) a un massimo di 800 litri (Roma).

La distribuzione delle acque incondottate generalmente è a bocchette con getto continuo, distribuite nei vari punti dell'abitato. Però dove la quantità non è abbondante si raccoglie in cisternoni (Arcinazzo, Onano, Capranica Prenestina) e da qui, o direttamente o per mezzo di condotture è inviata alle bocchette della fontana pubblica. I cisternoni alle volte sono ben fatti e ben costruiti (Capranica), altre lasciano assai a desiderare sopratutto per le infiltrazioni (Onano, Arcinazzo). Il getto dell'acqua in alcuni è limitato al giorno (Arcinazzo), in altri invece esce l'acqua giorno e notte (Onano). A Capranica invece è regolato in modo che la bocchetta, a chiusura automatica, lascia uscire acqua solo quando un peso viene tenuto orizzontale. Di notte poi con una gabbia, che chiude a chiave le bocchette, vengono protette perchè non vi sia getto inutile.

* * *

Nella provincia di Roma a tutto luglio 1912 figuravano 18 Comuni pellagrosi: di questi 6 (Arcinazzo, Cave, Onano, Palestrina, Piglio, Ripi) erano dichiarati infetti con decreto prefettizio; 12 non avevano avuto ancora il decreto, e cioè: Alatri, Anagni, Bellegra, Castel Madama, Ceccano, Ceprano, Ferentino, Paliano, Proceno, Rocca di Cave, Valmontone, Zagarolo. Di questi 18 Comuni 7 appartengono al circondario di Roma, 2 a quello di Viterbo, 1 a quello di Velletri, 8 a quello di Frosinone.

Il circondario di Civitavecchia non vi è rappresentato.

I casi denunciati complessivamente fra tutti i Comuni erano 208, però dopo la nostra visita abbiamo dovuto restringere assai il numero dei malati, e pur comprendendovi i casi dubbi, come fu detto in principio, li abbiamo dovuti ridurre a 46 di cui 35 donne e 11 uomini, come dalla tabella seguente:

Comuni denunciati pellagrosi.

Circondario	Comune	Abitanti	Casi denunciati	Casi accertati	Casi dubbi	Percentuale	Persone visitate
Roma	Arcinazzo	1700	31	2	3	3	20
	Bellegra	2300	1	..	..	..	1
	Castel Madama	4133	2	..	..	..	1
	Cave	4200	18	3	2	1	16
	Palestrina	7193	5	1	..	..	4
	Rocca di Cave	1200	9	3	1	3	7
	Zagarolo	5500	33	4	..	0.1	..
Viterbo	Onano	3054	49	8	6	5	39
	Proceno	1910	16	2	1	2	18
Velletri	Valmontone	5300	1	1	..	0.1	2
Frosinone	Alatri	16500	2	1	..	0.1	2
	Anagni	11000	1	..	..	..	1
	Ceccano	12205	5	1	..	0.1	4
	Ceprano	7000	1	..	..	..	..
	Ferentino	14018	3	..	1	0.1	1
	Paliano	6004	8	1	2	0.1	7
	Piglio	3315	17	..	..	..	8
	Ripi	6348	6	3	..	0.1	7

46 fra accertati e sospetti, di cui 35 femmine (fra queste un bambino) e 11 maschi.

***

Abbiamo riassunto a grandi linee le condizioni igieniche e dietetiche dei contadini della provincia di Roma; ora tralasciando per brevità di scendere a dettagli che a suo tempo esporremo nella relazione completa, ci limitiamo a mettere in evidenza i fatti di maggior rilievo.

1° Nella provincia di Roma senza esservi una alimentazione esclusivamente maidica, essa, ad eccezione della zona littoranea del circondario di Civitavecchia, è in *tutti* i Comuni prevalentemente maidica. Solo in *pochi* Comuni però esiste la pellagra.

2° Dove si consuma sempre mais che cresce, si raccoglie e si conserva in condizioni più sfavorevoli (paludi Pontine, Marano Equo) e dove questo si importa non vi è maggiore numero di pellagrosi. Nessun paese infatti delle Paludi ha mai dato pazzi pellagrosi, nè mai vi furono denunzie di malati; così in alcuni comuni della Ciociaria (circondario di Frosinone) dove si importa e si consuma granoturco delle Paludi non vi fu mai alcun caso di pellagra (Boville, Torrice, Strangolagalli).

3° Abbiamo riscontrato un caso tipico di malattia senza alimentazione maidica. Nella località *Centeno* del comune di Proceno l'ammalato V..., contadino possidente assai benestante, padrone di poderi e case, non mangia mais, mentre si nutre abbondantemente con cibi sani.

4° Le misure profilattiche applicate secondo la legge, non hanno fatto diminuire i casi di pellagra. Così abbiamo veduto che Onano, unico comune ove funziona essiccatoio, locanda sanitaria e si distribuiscono anche sussidi, mantiene il primato fra i Comuni affetti da pellagra.

5° Ci ha colpito il fatto che i contadini di Capranica Prenestina ammalano quando scendono e prendono domicilio a San Cesareo. Così L... A... ha goduto sempre buona salute fino all'età di 17 anni, fino a che cioè rimase a Capranica. Scese 10 anni or sono a San Cesareo e qui contrasse la malattia che si manifestò dopo un parto. L'alimentazione fu sempre la medesima, e così il genere di vita.

S... M..., anch'essa di Capranica, ammalò di pellagra dopo stabilitasi a San Cesareo, malgrado che qui mangiasse assai meglio che lassù, sia per la qualità, sia per quantità del cibo.

6° A Zagarolo la pellagra è localizzata solo a San Cesareo ove le acque sono pessime (superficiali, scoperte, oltremodo scarse e ricche di una fauna e flora svariate).

7° A Palestrina: L... A..., unico ammalato del paese, vive nella località Sterpara ove si usano acque di un pozzo a secchia nelle quali ad occhio nudo si vedono Cyclops e con ricchi depositi argillosi.

8° A Ripi: I tre pellagrosi accertati usano acque pessime. R... T..., usa acqua del pozzo Messer Amore, fondo 5-6 metri che in estate ha una altezza di 50-60 centimetri d'acqua di modo che viene su anche il limo. Il dottore vi ha notato una fauna abbondante.

C... C..., abita in contrada Grimate sul fosso Faiè, beve l'acqua del pozzo Castagna con acque in peggiori condizioni di quelle di Messer Amore.

R... V..., usa acqua sorgiva in pessime condizioni, a pascolo superiore, variabile per temperatura con fauna e flora ricca. Nell'interno del condotto, radici che ostruiscono il lume.

9° A Cave i tre pellagrosi abitano in campagna e bevono acque cattive.

V... M.., usava acqua che affiora quando si scava una buca sulla terra.

G... L..., abita in campagna in una capanna ed usa acqua di un pozzo superficiale.

E... B..., ora vive in città; ma contrasse la malattia in campagna, ove usava acque non buone di pozzi superficiali.

10° A Paliano: I tre pellagrosi S... A... e figlie M... (17 anni) ed E... (12) vivono nella località Terignano dove bevono acqua che chiamano *de li rospi*.

11° A Onano: Le acque sono scarsissime, facili a intorbidare, condotture superficiali, presa mal protetta, serbatoio con chiusino non a chiusura perfetta. (Esaminate le acque hanno molte materie organiche animali e vegetali in decomposizione). Anche in campagna le acque sono superficiali e cattive. Il maggior numero di pellagrosi si trova entro il paese.

12° A Proceno: Due pellagrosi, V... possidente fa uso delle acque di una fossa superficiale e anche a Trevinano dove prima abitava, l'acqua era superficiale, sorgeva da terreno argilloso, percorreva una ventina di metri e poi era raccolta in una vasca di macerie a fondo di mattoni.

G... L... beve l'acqua della Madonna delle Piane, scarsa, mal protetta, superficiale e argillosa.

13° Ad Arcinazzo pur essendovi un acquedotto, questo dà poca acqua (la notte lo chiudono), non vi è protezione alla presa, lascia nel cisternone nella vasca e nella vaschetta di distribuzione depositi argillosi.

I casi constatati sono tutti del paese: uno di essi, T... C..., quando stava in campagna e mangiava *fallone*, non è stato mai male. È pellagroso da 15 anni circa e da 15 anni è in città.

Nelle campagne vi sono sorgenti (migliori di quelle del paese), il signor P... A..., il medico e tutti i presenti, asseriscono che *si beve meglio quando si sta fuori che dentro.*

14° A Rocca di Cave: Tutti i visitati pur non essendo veri pellagrosi, hanno un aspetto macilento. In paese adoperano per bere acque non buone di pozzi e cisterne. L'unica sorgente (pozzo trivellato) è nella valle fra Capranica e Rocca di Cave (sorgente Saglietto). L'acqua si estrae con pompa a volante. Il pozzo è mal tenuto e peggio protetto.

15° Ad Alatri vi è un solo caso di pellagra. L... P..., che abita in campagna, contrada Canale. Usa dell'acqua della fonte Aquila che è lo scolo sotterraneo di un pozzo superficiale sovrastante abbandonato perchè sudicio. L'acqua si intorbida, è più abbondante d'inverno che di estate.

Ci disse la malata che spesso beve acque anche peggiori.

16° A Ceccano. Unico caso: S... B..., abita in campagna (colle S. Leo), e usa da settembre al giugno successivo di un pozzo scoperto in cui l'acqua ha meno di un metro di spessore. Da luglio a settembre ricorre ad un'altra acqua, forse migliore, ma che preleva da una pozza scavata nella terra.

La constatazione di tali fatti ci permette quindi di trarre le seguenti conclusioni:

1° Nella provincia di Roma non appare rapporto fra alimentazione maidica e pellagra.

2° La malattia è circoscritta e sempre legata a determinate località.

3° Nella provincia di Roma le acque potabili potrebbero essere in rapporto con la pellagra.

4° Questo rapporto non sembra vi sia fra insetti pungenti e pellagra.

Pubblicheremo prossimamente:

Dott. E. Buzzi, La prostatectomia transvescicale nella cura dell'ipertrofia prostatica.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Le complicazioni articolari del morbillo.

(CRÉMIEU e LACASSAGNE. *Gazette des Hôpitaux*).

Il capitolo delle artriti infettive è generalmente muto sulle artropatie di origine morbillosa, eppure l'artrite morbillosa esiste per quanto sia assai rara, tanto che gli autori stessi che la ricordano dubitano della sua esistenza (Rilliet e Barthez e poi Varangot). Nel 1883 Bourey se ne occupava in un piccolo capitolo a parte dalle altre artropatie infettive, e ricordava alcune osservazioni tedesche.

Nell'anno seguente Jollet scriveva che queste artropatie erano dovute ad infezioni secondarie, conclusione uguale a quella di Simon. Comparvero infine una rivista generale di Marfan, e sopratutto la tesi di aggregazione di Lapersonne sull'argomento per farsi ora un esatto concetto sull' etiologia, patogenesi e natura di questa complicazione. Essa è conosciuta dalla maggior parte dei chirurgi invece (Jollet) perchè è una complicazione tardiva, che sopravviene nella convalescenza od anche dopo la guarigione della malattia esantematica. Dunque è rara e tardiva, non vi ha influenza nè la gravità del morbillo, nè il sesso dell'infermo; colpisce a preferenza gli adulti; è sempre oligoarticolare, ed il più spesso monoarticolare, e delle grandi articolazioni (anca, ginocchio, tibio-tarsica, gomito). Si può trattare di una semplice artralgia passeggera, o giungere ad un'artrite purulenta grave con stato generale allarmante, temperature intermittenti, da richiedere interventi, e da terminare con la morte del soggetto.

L'artrite rimane sempre in una o due articolazioni e non cambia più di sede.

Il decorso comune è il seguente: dopo qualche giorno dalla scomparsa dell'eruzione incominciano lentamente a manifestarsi tutte le note della flogosi in una articolazione, e dopo qualche giorno regrediscono; altre volte procedono verso la suppurazione con tutto il corteo di fenomeni generali gravi. Altre volte ancora evolve come un *tumore* bianco classico la cui natura tubercolare non è dubbia. In tali casi il soggetto era precedentemente tubercoloso, ovvero il morbillo avrà preparato il terreno all'infezione tubercolare.

Le artriti morbillose si presentano, così, sotto tre forme (Marfan): 1° artriti leggere, che guariscono senza tracce; 2° artriti suppurative; 3° artriti scrofulo-tubercolari.

Quale è la natura dell'artrite morbillosa? È sotto la dipendenza diretta del morbillo? è questa la causa efficiente di quella? La nozione del microbo domina oggidì la questione delle artriti infettive, la cui concezione moderna si riassume in questa legge di Bouchard « tutte le malattie infettive possono presentare, fra le loro manifestazioni, delle lesioni articolari dipendenti dall'infezione generale dell'economia ». Essendo il morbillo una malattia infettiva, le artropatie morbillose riconoscono come loro agente causale il germe del morbillo, o sono delle infezioni sopraggiunte? Non si può rispondere a questa domanda, non conoscendo noi oggidì ancora l'agente patogeno del morbillo. A favore della diversità dell'agente, starebbe la tardività della comparsa dell'artropatia, quando il microbo del morbillo è diminuito nella sua violenza; quando la lesione articolare potrebbe dipendere da altro germe, così come, infatti, l'otite e la broncopolmonite, che compaiono, dopo un morbillo, sono dovute al pneumococco, ed allo streptococco sopratutto (Mosny). D'altra parte nelle artriti infettive dell'eresipela, della blenorragia, del tifo, della polmonite, della scarlattina si sa che il germe specifico della malattia primitiva non è sempre in campo, mentre lo streptococco è il più spesso messo in evidenza. Inoltre Jollet ha dimostrato che il virus morbilloso non ha alcuna affinità per le articolazioni: quando il morbillo è sopravvenuto in artropatie preesistenti, tre volte su quattro, l'artrite non si è aggravata, ed una volta ha avuto un decorso posteriore più favorevole. Infine in due casi di Simon di artrite purulenta post-morbillosa l'esame culturale dette una cultura pura di streptococchi. Dunque « le artropatie dei morbillosi sono la conseguenza di infezioni secondarie, alle quali il morbillo non ha fatto che preparare il terreno ».

Le artriti del morbillo possono però essere anche, *sebbene eccezionalmente*, delle artriti specifiche (Lapersonne).

Secondo il decorso le artriti morbillose sono acute, suppurative o no, di gravità variabile; ovvero sono subacute, o croniche, e queste ultime tubercolari ed evolventi come *tumori bianchi*.

Gli AA. quindi riportano due casi di idrartrosi pura e semplice post-morbillosa, forma invero assai rara fra tutte le artropatie post-morbillose fin oggi descritte. Nel primo caso si trattava di un soggetto con tubercolosi polmonare, e quindi la lesione articolare di assai lunga durata (oltre un anno) fa pensare ad un idrope articolare benigno tubercolare. Nell'altro invece il liquido era nelle due ginocchia, durava da due anni con alternative nelle due articolazioni di riduzione fino a scomparsa, e di aumento mentre lo stato generale dell'infermo era florido, senza nessun segno di bacillosi generale o locale. Non potendosi incriminare il germe del morbillo per la comparsa tardiva dell'artropatia (12 giorni dopo la cessazione della eruzione cutanea), gli AA. ritengono fosse dovuta ad un precoce esagerato movimento degli arti inferiori, e pensano che si sia trattato di una di quelle idroartrosi intermittenti descritte da Lemême e Moujanze, a causa ignota, e che vengono messe in conto dell'artritismo, di una intossicazione dell'organismo.

Questa forma cronica di idroartrosi a ripetizione come complicazione del morbillo non era stata ancora descritta, e meritava di essere individualizzata.

G. QUARTA.

Sinovite sporotricotica.

(GOUGEROT e LÉVI-FRANKEL. *Revue de Chirurgie*).

Le sinoviti sporotricotiche, da quando sono state sistematicamente ricercate nell'uomo, sono state facilmente dimostrate da Hudelo, Monier-Vinard, Braune Merle, Wyze-Lanzun, De Beurmann, Gougerot, Balzer e Burnier, Bonnet, ecc.

In tutti questi casi la sinovite rappresentava però un elemento secondario nella sindrome clinica della malattia, perchè alla localizzazione sinoviale erano associate manifestazioni gommose sottocutanee.

La sinovite però può essere l'unica localizzazione della micosi, e allora la diagnosi diventa più difficile. Tale è il caso riferito dagli autori.

In una donna di 32 anni, da tre mesi si era manifestata una sinovite della guaina dei tendini flessori delle dita della mano sinistra, e da tre settimane una gomma ipodermica alla coscia destra.

La sinovite fu incisa un mese dopo, e fu creduta di natura tubercolare. Sospettata poi l'ori-

gine micotica dell'affezione, la paziente fu inviata al prof. Gaucher.

La gomma sottocutanea della coscia aveva tutti i caratteri abituali della gomma sporotricotica: tumefazione poco marcata, violacea, brunastra, pigmentata, diametri 2 × 3 cm., leggermente squamosa, attraversata al centro da due piccole fistole molto strette e ravvicinate. Alla pressione, ne fuoriesce una goccia di siero-pus; la gomma però si era già vuotata e la pelle assottigliata e violacea si lasciava infossare. La lesione era perfettamente indolora. La sinovite era aperta mediante due fistole comunicanti fra loro attraverso un tramite di 7 cm., l'una situata nella parte superiore, l'altra nella parte inferiore della tumefazione; esse sono scavate al centro di due gomme che segnano la diffusione del processo nei tessuti cutanei. La pressione ne fa uscire appena qualche goccia di siero-pus, mentre coi movimenti delle dita e col massaggio della regione frapposta fra le due gomme si ottiene una notevole quantità di sierosità. La cute è normale in tutto il resto della lesione.

La diagnosi clinica della gomma sottocutanea era facile per i caratteri morfologici di questa. La sinovite poteva essere confusa con le sinoviti suppurative, con le sinoviti sub-acute gonococciche, con le sinoviti croniche tubercolari. Nelle sinoviti acute, sub-acute e croniche bisogna pensare sistematicamente a una localizzazione micosica: la diagnosi è facile mediante la cultura a freddo su terreni di glucosio glicosato e peptonizzato secondo il metodo di De Beurmann e Gougerot.

L'importanza pratica pronostica e terapeutica di tale diagnosi è evidente: il trattamento iodo-iodurato locale e generale, senza operazione, dà una guarigione rapida e definitiva.

P. S.

MEDICINA.

Aminoacidi e zuccheri nell'alimentazione rettale.

(H. W. BYWATERS e A. RENDLE SHORT. *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak.*, Bd. 71, 1913).

L'alimentazione per via rettale fu nota agli antichi, e tanto Galeno che Celsius l'usarono come mezzo terapeutico. Ramazini poi si vanta di aver mantenuto appunto con tal mezzo per settanta giorni in vita una ragazza.

Ma le ricerche classiche, su cui si fondano i metodi moderni, spettano ad Ewald e a Leube. Nel 1870 Leube alimentò per un mese un cane mercè clisteri contenenti carne tritata e pancreas, e sostenne di aver così ottenuto un assorbimento corrispondente a 500 calorie per giorno; ed Ewald nel 1887 pubblicò una serie di tavole per dimostrare, che si assorbono notevolmente i clisteri di uova e peptone. Altri ricercatori successivi (Huber, Bial, Sharkey, Plantenga, Edsall e Miller) ottennero generalmente un assorbimento scarso e molto variabile; ma tutti, come anche Boyd e Robertson, si servirono del metodo cosidetto del lavaggio, consistente nel somministrare col clistere gli alimenti, e nel lavare dopo un tempo determinato il retto, esaminando il liquido così ottenuto, e considerando come assorbito tutto ciò che più non vi si ritrovava.

Langdon Brown criticò tale metodo e si attenne all'analisi dell'urina, trovando che si assorbono solo tracce di peptoni.

Per ciò che riguarda gli zuccheri somministrati per via rettale, i dati raccolti sono specialmente da riferire al lattosio e al destrosio, che più frequentemente si adoperano. L'assorbimento si può valutare o studiando le variazioni dell'azoto ammoniacale urinario, che raggiunge un alto valore solo nella deficienza di zuccheri, o studiando il quoziente respiratorio, che si eleva per la combustione di idrati di carbonio. Reach lo vide elevare somministrando la stessa quantità *per os*. A. Rendle Short vide aumentare considerevolmente l'azoto ammoniacale somministrando pel retto latte e lattosio. Anche Boyd e Robertson, sebbene col metodo del lavaggio, ottennero dati positivi sull'assorbimento del destrosio e dimostrarono che la sua scomparsa non può riferirsi ad alterazioni putrefattive. Deucher, Plantenga e Zelumisch ammettono tutti la possibilità che pel retto si assorbano grandi quantità di zuccheri.

Pei grassi (riguardo ai quali gli AA. non hanno istituito ricerche speciali) Deucher e altri trovarono solo un piccolo assorbimento; ma il loro metodo di indagine, come quello di Boyd e Robertson, non resiste alla critica. Più attendibili invece sono le osservazioni fatte nei casi in cui fu possibile dosare il grasso del dotto toracico: così Munk e Rosenstein in un caso di fistola del dotto toracico ottennero risultati positivi somministrando pel retto lipanina. Langdon Brown in un caso di chiluria da filaria non ottenne con

clisteri di olio di ulive e latte un assorbimento tale da veder comparire goccioline di grasso nell'urina.

Gli AA. dopo una critica rigorosa dei metodi dei precedenti ricercatori, e dopo aver rilevato le principali sorgenti di errori, cui si va incontro in simili ricerche, espongono i risultati ottenuti in otto casi di ulcera gastrica, con tecnica perfezionata.

L'allargarsi delle nostre conoscenze sull'assorbimento intestinale rendeva necessaria una critica del fondamento sperimentale e clinico, su cui si basa l'alimentazione rettale.

Inoltre le recenti ricerche fisiologiche, secondo cui l'assorbimento delle proteine avviene sotto forma di aminoacidi, inducevano anche a provare la somministrazione di questi ultimi per via rettale.

Tutte le conclusioni del lavoro critico e sperimentale degli AA. si possono così riassumere:

Le precedenti osservazioni sull'assorbimento delle sostanze alimentari somministrate con clisteri nutritivi, fondate sull'analisi del liquido del lavaggio rettale, sono insufficienti.

L'eliminazione quotidiana di azoto per l'urina di pazienti nutriti con clisteri di latte e uova peptonizzati per 20-30 minuti, dimostrano che quasi nessuna traccia viene assorbita.

Le moderne conquiste fisiologiche conducono a ciò, che le proteine si assorbono principalmente come aminoacidi. La mancanza della capacità di assorbimento del retto, quando si usano clisteri nutritivi, riposa in gran parte sul fatto che si somministrano peptoni invece di aminoacidi.

Aminoacidi clinicamente preparati o latte sottoposto per 24 ore all'azione di pancreas, in modo da formarsi aminoacidi, dimostrano un assorbimento migliore delle sostanze nutritive azotate dal retto. Ciò è provato dall'elevata eliminazione di azoto per l'urina ottenuta in cinque casi.

La scarsa eliminazione di azoto ammoniacale dimostra, che tale elevata eliminazione non può procedere dall'assorbimento di prodotti di putrefazione.

Il destrosio viene assorbito molto meglio che il lattosio e inibisce i danni del digiuno.

Il grasso si assorbe scarsamente.

Il miglior clistere nutritivo risulta di latte lasciato digerire per 24 ore con pancreas, più il 5 % di destrosio puro. Gli AA. consigliano la seguente preparazione: a 800 cmc. di latte bollito e poi lasciato freddare si aggiungono 14 cmc. di succo pancreatico genuino o quattro tavolette di pancreas; quindi si lascia per 24 ore in termostato, e poi si aggiungono 42 gr. di destrosio puro, facendo bollire. Si somministrano del liquido 150 cmc. ogni quattro ore, o se è possibile, 300 cmc. ogni otto ore.

Gli AA. sconsigliano l'aggiunta di uova ai clisteri, e fanno opportunamente notare, che ricorrendo all'alimentazione rettale in casi di ulcera gastrica o di operazioni sullo stomaco, non si può pretendere di mantenere così l'organo in assoluto riposo. Umber infatti ha dimostrato su un paziente con gastrostomia, che dopo un clistere nutritivo si verifica una ricca secrezione gastrica. Ciò verosimilmente chiarisce le intense molestie dispeptiche dei malati di ulcera gastrica, dopo ogni clistere.

G. AMANTEA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Maggiore di S. Giovanni in Torino.
Sezione chirurgica diretta dal prof. LUIGI BOBBIO.

Considerazioni su un caso di voluminoso adenoma solitario del cieco

per il dottor LUIGI LONGO, assistente.

I tumori benigni dell' intestino rappresentano un'entità morbosa relativamente assai rara. Ancora un recente lavoro di Haenkel, basato su 67 casi di tumori del crasso, escluso il retto, dimostra la verità di tale asserzione: infatti su 67 casi noi troviamo 55 casi di carcinoma, 9 casi di tubercolosi cecale, e 3 soli tumori benigni, e di questi ultimi ancora due infiammatorî ed un solo papilloma sulla base di un'antica invaginazione.

Fra tutti i tumori benigni dell' intestino certo i più frequenti sono gli adenomi; ma se gli adenomi diffusi dell' intestino, specie del crasso, ed in particolar modo del retto, costituiscono un'entità morbosa non molto rara, ma degna pur tuttavia di studio, tanto che la cosidetta poliposi intestinale è oggetto ancor oggi di contributi clinici e anatomici come lo dimostrano numerosi lavori ancora recentemente pubblicati (Smoler, Samuels, Frankenstein, Riederer, Quénu et Laudet, Psaltof, ecc.) gli adenomi solitari dell' intestino sono da considerarsi come rarissimi, tanto che Mikulicz e Kausch affermano che la poliposi è, in con-

fronto agli adenomi solitari, un'affezione molto diffusa.

Herteaux nel suo classico lavoro sui tumori benigni dell'intestino, caduti sotto l'osservazione clinica, non raccolse che quattro soli casi di adenomi solitari, dei quali uno del cieco ed uno del colon ascendente condussero all'invaginamento ed alla morte, e due risiedevano nel retto.

Un caso presentatato dal Barbè alla Società Anatomica di Parigi rappresenta un reperto di autopsia: si tratta di un'adenoma peduncolato che occupava la porzione terminale del colon trasverso in una donna morta di cirrosi atrofica del fegato.

Due altri casi si trovano ancora pubblicati posteriormente: un caso del Girard, di un polipo del grosso intestino posto a 30 centimetri dall'ano, diagnosticato col rettoscopio e trattato con resezione, ed uno del Casasso, di un polipo della mucosa della valvola ileo-cecale, che fu causa di occlusione e morte: il tumore venne ritrovato all'autopsia.

Nel lavoro di insieme dello Smoler sugli adenomi dell'intestino, ove sono raccolti accanto a 11 casi di adenomi del tenue, 16 casi di adenomi del crasso, escluso il retto, troviamo citati due soli casi di adenomi unici, cioè quello di Wagner, in cui all'autopsia di un uomo di 64 anni morto di tubercolosi si trovò un polipo adenomatoso grosso come una noce avellana nel cieco, e quello di Lyote in cui si riscontrò come causa di invaginazione, un polipo adenomatoso grosso come una noce nel colon ascendente; chè tutti gli altri casi concernono esemplari di poliposi più o meno diffusa del crasso.

Considerando quindi la rarità dell'affezione non mi parve privo d'interesse il caso di adenoma che sto per illustrare specialmente tenuto conto del grande volume da esso raggiunto e dell'aspetto clinico particolarmente interessante:

M. . . V. . ., d'anni 37, casalinga, nata a Sondrio, residente in Torino. Entra nell'ospedale il 22 aprile 1912.

Nulla di notevole nel gentilizio: l'anamnesi remota è negativa se si eccettua che la paziente all'età di 20 anni sofferse di adeniti scrofolose al collo. È maritata, ma senza prole. Due anni fa sofferse di gastrica con dolori allo stomaco, inappetenza, stitichezza abituale; affezione durata due mesi e della quale migliorò.

Nell'agosto ultimo scorso, ammalò acutamente con forti dolori colici, vomito, alvo chiuso. Portata all'ospedale con clisteri si liberò: si riscontrò allora una piccola tumefazione alla fossa iliaca destra. Dimessa dall'ospedale dopo pochi giorni, andò lentamente migliorando, tormentata però sempre di quando in quando da dolori colici e stipsi Da due mesi alla stipsi è succeduta diarrea. Non notò mai sangue nelle feci. Mestruazioni scarse, irregolari.

Stato presente. — Stato di nutrizione scadente. L'ammalata è apirettica. Pallore evidente della cute e mucose. Visceri toracici sani.

All'esame dell'addome palpasi nella regione ileo-cecale una tumefazione mobile, bernoccoluta, dura, leggermente dolente alla forte pressione, grossa all'incirca come un pugno di adulto che dà suono di percussione smorzato. L'ammalata ha discreto appetito, ma accusa difficoltà di digestione. Trovasi molto indebolita. Al collo si osservano cicatrici scrofolose. Nella profonda inspirazione si palpa il polo inferiore del rene destro ed il margine epatico. Utero retroflesso, piccolo, mobile, indolente. Esplorazione rettale negativa.

Urina quantitativamente e qualitativamente normale,

Cutireazione tubercolinica nettamente positiva.

Esame del sangue praticato il 24 aprile 1912: Emometria: 40; Globuli rossi: 4,320,000; Globuli bianchi: 8,400; Valore globulare: 0.48. Nei preparati a fresco si osserva leggera poichilocitosi. Nei preparati colorati nulla di particolare per parte dei globuli rossi: non globuli rossi nucleati. Rapporto leucocitario: polinucleati neutrofili 63 %, linfociti 32 %, polinucleati eosinofili 1, grandi mononucleati 3, polinucleati basofili 1.

Diagnosi clinica. – Tubercolosi ileo-cecale, sotto la forma anatomica e clinica di un vero tubercoloma.

Atto operativo. — Viene eseguito in morfio-cloro-narcosi il 25 aprile dal prof. Bobbio. Incisione pararettale destra. Si estrinseca subito il cieco con parte del colon ascendente e dell'ileo. La tumefazione dura, bernoccoluta, irregolare, grossa come un pugno di adulto appartiene al cieco. Ad essa è aderente parzialmente l'epiploon che si reseca fra due lacci. Resezione ileo-colica tipica, resecando il colon subito sotto l'angolo epatico e l'ileo a quattro dita trasverse dal suo impianto nel cieco. Il mesocolon è ispessito, ma non contiene ghiandole. Chiusura del capo del colon: ileo-colostomia termino-laterale. Il lume dell'ileo è discretamente piccolo. Si eseguisce tutto con sutura in seta. Chiusura completa della parete.

Decorso postoperatorio. — Regolare nei primi due giorni: apirettico. Al terzo giorno essendo ripresi i vomiti persistenti si pratica una lavatura gastrica, colla quale si dà esito a molto liquido biliare, dopo di che l'ammalata si sente sollevata.

Il polso si fa però sempre più frequente e piccolo. Nulla all'addome. Nel pomeriggio del terzo giorno alvo libero ai gas. Nonostante tutte le cure del caso (ipodermoclisi caffeinizzate, olio canforato, clisteri nutrienti, ecc.) l'ammalata muore quasi improvvisamente alle ore 15 del giorno 29 aprile con sintomi di adinamia cardiaca progressiva.

Autopsia. — Nulla all'addome: anastomosi perfetta, continente. Non peritonite. Nulla al cervello. Al polmone enfisema: nulla all' ilo e agli apici. Nulla al cuore. Milza con numerose cicatrici da infarti. Reni piccoli con infarti nella corticale. Nulla al fegato.

Esame macroscopico del pezzo asportato. — Il pezzo esportato (vedi figura) consta di tutto il cieco e dell'ultima porzione dell'ileo inglobato in una massa unica di aspetto neoplasico, bernoccoluta, dura, di forma ovoidale, grossa come un pugno di adulto. In essa si riesce ancora a distinguere l'appendice ispessita ed aderente alla massa suddetta. Spaccato l'ileo ed il cieco si riscontra che il tumore è dovuto ad una neoformazione grossa come una mela, papillomatosa, solida, aderente con vasta base d' impianto alla mucosa del cieco e completamente estrinsecatasi entro il lume del cieco stesso nella sua parte inferiore, a livello della confluenza ileo-cecale; per modo che dà una stenosi accentuata del lume intestinale che è appena permeabile ad una pinza emostatica chiusa.

Spaccato, il tumore si presenta di aspetto pressochè omogeneo e cioè: costituito alla peferia da uno strato di tessuto solido, di aspetto parenchimatoso, biancastro e lucido, ed al centro da tessuto più molle con qualche zona di degenerazione mucosa. Alla superficie di taglio si notano que e là delle travate di tessuto più compatto, opache, e delle piccole zone di degenerazione grassa.

Alla sua base si continua direttamente con la mucosa del cieco che pare rivestirlo parzialmente. Nel resto la mucosa è completamente sana. Anche l'ileo non presenta nulla di speciale. Le altre tonache dell' intestino sono di aspetto normale.

Esame microscopico. — L'esame istologico del tumore dimostra ovunque un aspetto pressochè identico: vale a dire l'aspetto dell'adenoma tipico delle ghiandole della mucosa cecale. La neoformazione adenomatosa ha per lo più la forma acinosa, più rara quella tubolare. In alcune zone poi lo stroma interposto, fibroso, assai ricco di cellule è così abbondante da produrre il quadro del fibro-adenoma papillare. Le cellule epiteliali sono quasi dappertutto cilindriche, disposte ad un solo strato regolare, a contenuto mucoso, a nucleo grosso, fortemente colorabile e spinto verso la base e poggiano su una membrana connettivale sottile che le delimita sempre dallo stroma. Le ghiandole così neoformate sono qua semplici, là ramificate, ed in alcuni punti subiscono delle leggere dilatazioni cistiche a contenuto mucoso. In alcune zone si riscontrano in mezzo al connettivo di sostegno dei nodi e dei tubi epiteliali pieni in cui le cellule non si presentano più così tipiche, ma sono piuttosto grosse, vescicolose, senza però mai invadere il connettivo. Questo è dappertutto adulto, più o meno fascicolato e fibroso: ed in alcune zone appare assai ricco di elementi cellulari; in esso si trovano alcuni vasi di aspetto normale. In qualche punto dello stoma si osservano dei focolai di linfociti a forma di follicoli.

Nelle sezioni comprendenti zone di passaggio fra la mucosa del cieco e la base del tumore, si osserva benissimo il graduale passaggio dall'epitelio ghiandolare normale a quello neoformato.

Il caso è interessante sia sotto l'aspetto clinico che sotto l'aspetto anatomo-patologico.

Il quadro clinico che esso presentava, pur essendo chiaro nel riguardo dell' indicazione operatoria, era tale da render dubbia e direi quasi impossibile una diagnosi di certezza.

La diagnosi di maggior probabilità che ci si presentava era quella infatti di tubercolosi ipertrofica ileo-cecale: diagnosi alla quale ci portavano e i dati anamnestici e l'esame oggettivo.

L'anamnesi ci parlava, come unico fatto di qualche importanza, di linfomi tubercolari del collo, di cui persistevano le traccie, e ci diceva pur anche come l'attuale malattia si fosse iniziata due anni prima con quei disturbi gastroenterici vaghi che sono spesso la prerogativa iniziale delle forme tubercolari dell' intestino, e ci presentava ultimamente quelle alternative di diarrea e di stipsi che sono pure un fatto pressochè costante, per non dire tipico, di simili lesioni specifiche.

I fatti oggettivi erano pure probativi per la diagnosi di tubercolosi ileo-cecale.

Come sede dell'affezione intanto non vi poteva essere dubbio alcuno essendo gli organi genitali interni sani e senza alcuna connessione con il tumore, il fegato in limiti normali, cistifellea non palpabile, ed il rene destro, unico viscere che, ptosico, avrebbe potuto rendere incerta la diagnosi di sede, palpandosi nelle profonde inspirazioni nella sua loggia naturale.

Esclusa la sifilide per la negatività assoluta dell'anamnesi ed il reperto obiettivo generale e locale; esclusa l'actinomicosi che difficilmente raggiunge un volume così grosso senza portare

fatti reattivi flogistici di qualche entità, tali da produrre aderenze ai visceri ed alle pareti e da dare quella caratteristica dei tumori actinomicotici, la presenza cioè di punti di consistenza diversa nello stesso tumore e di aperture fistolose sempre presenti quando il tumore da actinomices ha raggiunto un certo volume; si respinse ancora l'idea che potesse trattarsi di un pseudotumore semplice o tumore infiammatorio del cieco prodotto dall'attività dei comuni germi della flora intestinale e su cui è stata recentemente attirata l'attenzione da Jordan, Demoulin, Gerard, Marchand, Cornil-Schwartz e di cui il Fioravanti descrisse ultimamente un caso assai tipico, per la mancanza di veri fatti flogistici pregressi ripetuti appendicolari o periappendicolari, lo stato generale deperito notevolmente, per la mancanza di dolori vivi alla palpazione e per la nessuna fissità del tumore.

A questo punto non vi fu più dubbio che fra tumore e tubercolosi ileo-cecale. E se contro il sarcoma stavano la rara sua localizzazione alla regione ileo-cecale ed il fatto che il sarcoma quasi mai, od almeno difficilmente, produce stenosi o occlusione, stavano a favore del cancro lo scadimento dello stato generale, la tinta cachettica che l'ammalata presentava ed il presentarsi dell'affezione sotto forma di un grosso tumore bernoccoluto, duro, stenosante in un punto classico e frequente come sede di neoformazioni epiteliali e, cosa forse più importante di quanto generalmente si creda, molto mobile.

Tutti questi fatti però che parlavano per il cancro, non escludevano in alcun modo e neppure potevano indebolire la diagnosi di tubercolosi per la quale parlavano nettamente i fatti anamnestici e la netta positività della cutireazione alla tubercolina.

Non si poteva certo pensare alla diagnosi di adenoma solitario del cieco per la quale nessun dato speciale militava.

Il reperto operativo parve scuotere il nostro concetto di tubercolosi, sia per mancanza di aderenze (se si eccettua una piccola aderenza al grande omento) sia per la mancanza di ghiandole nel mesointestino, fatto questo che parlava però anche poco in favore di un carcinoma. Fu solo la constatazione macroscopica del pezzo che, mettendoci davanti un gran tumore a larga base di impianto, ma nettamente sporgente e come peduncolato nel lume del cieco, alla sua confluenza coll'ileo, per modo che ne stenosava interamente il lume, mentre la mucosa si presentava del tutto sana, ci fece senz'altro diagnosticare un tumore benigno del cieco e, data la sua struttura grossolana, un adenoma.

Il decorso clinico del nostro caso ci poneva quindi nell'impossibilità di poter formulare con precisione la diagnosi di natura del tumore: cosa del resto abbastanza frequente in questa affezione tanto che Mikulicz e Kausch affermano che il tumore ileo-cecale tubercolare nel suo decorso clinico è assai simile a due altre affezioni della regione ileo-cecale, il tumore peritiflitico ed il carcinoma, dai quali non può essere differenziato che con difficoltà grandissime e spesso insuperabili, solo coll'operazione ed in qualche caso finanche soltanto coll'esame microscopico.

Una particolarità del caso, forse degna di maggior considerazione, era la grande mobilità del tumore che avrebbe forse potuto metterci più decisamente sulla diagnosi di tumore che non di tubercolosi ileo-cecale.

Il tubercoloma ileo-cecale infatti, se si presenta nell'inizio mobile, si fa però progressivamente fisso sia per infiltrazione delle ghiandole linfatiche del mesenterio e del mesocolon, che per le aderenze coi visceri vicini e colle pareti, e quando è giunta ad un certo stadio avanzato, come sarebbe stato il caso nostro, la mobilità è quasi scomparsa, mentre nel carcinoma la mobilità è in genere maggiore. Anzi l'Obratzovf insiste sull'estrema mobilità acquisita dai cancri del cieco per il loro peso, sempre più mobili della tubercolosi od actinomicosi ed a limiti superiori ed inferiori molto più netti.

Ho voluto richiamare l'attenzione su questo fatto, perchè nell'assenza di qualsiasi sintoma che avesse potuto con certezza indirizzarci verso una diagnosi piuttosto che verso un'altra, esso rappresentava l'unico dato dell'esame obbiettivo che potesse farci propendere verso una esatta diagnosi. La qual cosa non avrebbe del resto modificato in alcun modo la indicazione operatoria imposta improrogabilmente dalle condizioni generali e locali della paziente.

Prima di chiudere voglio ancora far notare l'interesse del caso sotto l'aspetto anatomopatologico, interesse derivante sia dalla rarità

dell'affezione, come appare dai pochi casi citati ritrovati nella letteratura e dei quali alcuni semplici reperti di autopsia, sia dal relativamente enorme volume assunto dall'adenoma.

Anche l'esame microscopico non è privo di valore. È nota infatti l'importanza degli adenomi dell'intestino come rappresentanti spesso il punto di partenza di un cancro. La loro metaplasia epiteliale è abbastanza facile ed il caso illustrato dal Tusini, nel quale si poteva assistere al graduale passaggio dall'adenoma al cancro, ed anche macroscopicamente in tutta vicinanza del tumore maligno esisteva un polipo ne è chiaro esempio.

Anche il Döring ha portato recentemente un buon contributo anatomico alla questione. Ancora due casi di autopsia riportati dal Förster, nei quali dei polipi peduncolati del grosso intestino, di decorso clinico e aspetto macroscopico benigni, si mostravano all'esame microscopico in degenerazione carcinomatosa, ed il caso di Langhams descritto come polipo adenomatoso dell'ileo, e trovato poi essere un carcinoma a cellule cilindriche, sembrano dimostrare non essere tanto rara la degenerazione carcinomatosa degli adenomi intestinali.

Difatti anche lo Smoler nel precitato lavoro raggruppa separatamente gli adenomi intestinali che sono sede di metaplasie maligne, e riferisce i casi a tale proposito dimostrativi di Smith, di Handford, di Hauser, di Bardenheuer, di Makins, di Paget, di Petrow, di Port e di Rotter.

Nel nostro caso invece nulla esisteva di metaplasico; il tumore era ancora in piena evoluzione benigna, e solo disturbava per il suo volume. E questo, unitamente alla considerazione che l'esito letale fu dovuto, come mostrano nettamente il decorso postoperativo ed il reperto di autopsia, unicamente alle condizioni generali deplorevoli dell'ammalata al momento dell'intervento, ci fa ancor più rimpiangere che la paziente non si sia presentata assai prima al chirurgo, quando, pur accusando gli stessi disturbi che più tardi la condussero alla operazione, il tumore era ancora piccolo, e, essenzialmente, le condizioni generali erano migliori; all'interesse clinico ed anatomo-patologico del caso si sarebbe aggiunta la soddisfazione per il chirurgo e l'inestimabile vantaggio per la paziente di pote ottenere coll'atto operativo la guarigione completa.

Al prof. Bobbio che mi permise la pubblicazione del caso e mi consigliò nello studio di esso, vivi ringraziamenti.

BIBLIOGRAFIA.

1. BARBÉ. *Adénome du colon.* Bull. et mém. de la Société anatomique de Paris, 1908, n. 2. Séance 22 février 1907.

2. CASASCO. Rivista Ospedaliera, 1912, n. 11, pag. 525.

3. DOERING. *Die polyposis intestini und ihre Beziehung zur carcinomatiser Degeneration.* Archiv. für klin. Chir., Bd. 83, Heft 1, 1907.

4. DURANTE. *Trattato di Chirurgia.*

5. FIORAVANTI. *Contributo allo studio dei cosidetti tumori infiammatori del cieco.* Policlinico, Sezione chirurgica, 1909.

6. FORSTER. *Su 2 casi di adenopapillomi multipli del grosso intestino con carcinoma.* Revue méd. de la Suisse Romande, 1903, n. 8.

7. FRANKENSTEIN. *Poliposis intestinale.* Zeitschrift für klin. Med., Bd. 55, 1905.

8. GIRARD. *Polype du gros intestin.* Société méd. de Genève, 10 febbraio. In Rev. méd. de la Suisse Romande, 1910, n. 3, pag. 310.

9. HAENKEL. Gesellschaft für Natur und Heilkund di Dresda, III sed., in Münch med. Woch., 1910, n. 2.

10. HERTEAUX. *Notes sur les tumeurs bénignes de l'intestin.* Archives Provinciales, 1899, n. 11-12.

11. LANGHAMS. *Ein Drüsenpolyp des Ileum.* Virchow's Archiv, B. 38, 1897.

12. LE DENTU-DELBET. *Traité de Chirurgie.*

13. MIKULICZ e KAUSCH. *Trattato di Chirurgia di Bergmann, Mikulicz e Bruns.*

14. OBRATZOWF. *Trattato di Patologia Chirurgica di Duval, Gosset, Lecène, Lenormant.*

15. PSALTOFF. *Poliadénomes du gros intestin.* Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 1903, n. 27.

16. QUÉNU et LANDET. *Les poliadénomes du gros intestin.* Revue de Chirurgie, 1899, n. 11.

17. RUDERER. Diss. Würzburg, 1899.

18. SAMUELS. *Adenomi multipli dell' intestino.* Journal de Chirurgie, 1908.

19. SMOLER. *Ueber Adenome des Dünn- und Dickdarms.* Beiträge z. klin. Chir., Bd. 36, H. 1, 1902.

20. TUSINI. *Eterotopia epitetiale e carcinoma.* XX Congresso di Chirurgia italiana, Roma, ottobre 1907.

21. TUSINI. *Contributo allo studio dei rapporti tra eterotopia epiteliale, alterazione primitiva dell'epitelio e carcinoma dell'intestino.* Pisa, 1908.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medica chirurgica di Bologna.

Adunanze del maggio-giugno 1913.

Prof. **V. Putti** (direttore Clinica ortopedica R. Università). *Presentazione di operati.* — Presenta sei persone da lui operate e parla di altri casi da lui pure trattati.

Quattro, furono operati di *trapianto osseo libero*; due, per *anchilosi del ginocchio* e *per frattura bimalleolare, inveterata con lussazione posteriore del piede.* Parla dei concetti generali che oggi dominano circa la trapiantabilità del tessuto osseo e dei principî che regolano la tecnica del trapianto osseo libero nell'uomo. Espone quindi succintamente i suoi casi, illustrandoli con la dimostrazione sul vivente e con l'aiuto di fotografie, radiografie e preparati istologici.

Prof. **A. Baldoni** (direttore Clinica chirurgica veterinaria R. Università). *Sul preteso valore diagnostico della reazione specifica dell'urina nei carcinomatosi.* — Ha studiato l'argomento sopra l'urina di sei animali carcinomatosi e conclude che la reazione specifica di Salomon e Saxl non ha valore diagnostico pel carcinona.

Dott. **E. Musini.** *Sopra un caso di plastica del viso per grave deformità post-operatoria e di canalizzazione del dotto di Stenone per fistola salivare.* — Presenta l'operato, che è una donna adulta, nella quale il processo patologico primitivo era un empiema dell'antro d'Higmoro. Descrive l'atto operatorio, eseguito in due tempi e seguito infine da guarigione incompleta.

V. Puntoni. *Le perturbazioni della funzione cutanea come causa di lesioni gastro-intestinali.* — L'A. avendo eseguite una serie d'esperienze su cavie impedendo loro la perspirazione cutanea mediante verniciatura della cute, viene alle seguenti conclusioni:

La lesione della funzionalità cutanea, oltre ad agire in modo generale sull'organismo, esplica una speciale azione dannosa sullo stomaco (emorragie, autodigestione) e sull'intestino (disepitelizzazione della mucosa):

Tali lesioni sono accompagnate da alcune modificazioni della flora microbica intestinale, consistente in un'autodepurazione batterica del tenue, ed in un'incostante virulentazione del *b. coli* nelle ultime porzioni dell'intestino. La parete intestinale degli animali verniciati, diviene permeabile sia ai comuni microbi della flora intestinale, sia agli speciali microbi introdotti artificialmente (b. carbonchioso, b. tifico, b. colerico). Quest'ultimo fatto è importante perchè spiega come in determinate condizioni i microbi patogeni possano infettare l'organismo per via intestinale.

Il passaggio dei microbi dall'intestino nella circolazione generale, è in relazione non soltanto con la lesione della parete intestinale, ma anche con una notevole diminuzione del potere battericida del siero di sangue negli animali verniciati.

L'A. in base a diverse considerazioni, crede di poter mettere in relazione i fatti da lui osservati con alcune condizioni naturali (azione del caldo umido, uso di vesti improprie durante la stagione estiva), le quali ostacolando le funzioni cutanee agiscono dannosamente sull'intestino.

Prof. **U. Biffi** (direttore ospedale di Prato). *Nuovo metodo per valutare il numero degli eritrociti nel sangue umano senza l'uso del microscopio o della centrifuga.* — Ha voluto fare un apparecchio alla portata dei medici pratici. Lo presenta e l'illustra. Si fonda sulla determinazione del volume che si forma in 12-24 dalla sedimentazione spontanea delle emazie dal sangue reso incoagulabile con traccie di irudina secca. Tale volume sta in rapporto col volume totale del sangue; e siccome questo rapporto è costante, da esso si desume il numero degli eritrociti. Con tale metodo poi si acquistano simultaneamente a colpo d'occhio varie nozioni interessanti su tutti i principali elementi del sangue in esame. Presenta e descrive il piccolo apparecchio, da lui ideato.

Dott. **G. Vernoni** (aiuto all'Istituto di patologia generale). *Processi regressivi, comportamento dei mitocondri e fatti di secrezione dell'epitelio renale nell'idronefrosi.* — Ha eseguito le esperienze sui conigli, mediante legature dell'uretere, ed ha studiato il modo della lenta e progressiva distruzione dell'epitelio secernente.

Ne riferisce i risultati, osservando che anche quando l'idronefrosi è in uno stadio avanzato, e quindi la maggior parte del tessuto renale secernente è già profondamente alterata, è possibile trovare sempre dei canalicoli di apparenza perfettamente normale.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Società Eustacchiana di Camerino.

Seduta del 30 aprile.

Presidenza: Prof. **Andrea Ferrannini**, presidente.

Prof. **G. Gallerani.** *Fenomeni radioattivi della fibrina.* — Nel corso delle sue esperienze sulle fermentazioni in rapporto agli elettroni, l'O. è riuscito a mettere in evidenza, sulla base di una

serie di studi elettroscopici (elettrometro di Wukf), che la fibrina ha potere jonizzante. Ha ottenuto, fra l'altro, alcune radiografie, sia pur lente, ma tali da permettere di apprezzare nella fibrina un potere radioattivo, la qual cosa sinora non era stata dimostrata da alcun altro osservatore.

Prof. **R. Clusa** e **R. Luzzatto**. *Influenza di alcuni derivati della chinolina e naftochinolina sulla eliminazione dell'acido urico.* — Tra i vari derivati della chinolina e naftochinolina, che gli OO. hanno preparati e studiati rispetto alla eliminazione dell'acido urico, attirano l'attenzione principalmente su una sostanza (acido alfafenilnaftochinolinearbonico), che indicano col nome di diapurina. Essa si è dimostrata capace di facilitare ed accelerare, in modo assai spiccato, la eliminazione dell'acido urico dall'organismo, anzi provoca una specie di mobilizzazione di residui di nucleine depositate negli organi (fegato) e facilita la ossidazione dei gruppi purinici, di questi residui ad acido urico, il quale così viene eliminato nel modo più rapido. L'azione della diapurina è tanto maggiore, per quabto maggiore è il contenuto in acido urico, sia nel sangue sia nelle articolazioni e per quanto maggiore è il deposito di residui nucleinici negli organi. La sostanza non agisce assolutamente sul metabolismo cellulare ed è priva di tossicità.

Salustri Enrico. *Sul significato semeiologico del saggio del permanganato nell'urina (reazione di Weisz).* — I risultati, osservati dall'O., sono i primi, che vengono pubblicati in Italia sulla nuova reazione (colorito giallo-oro dell'urina per azione del permanganato), proposta da Weisz. I risultati delle osservazioni cliniche, compiute sotto la direzione del prof. Ferrannini, menano l'O. alla conclusione che la reazione ha spiccato interesse diagnostico e pronostico, poichè ha notato l'assenza della medesima anche in malattie molto gravi (carcinoma gastrico, tumori maligni paraovarici, nefriti con anaserca e intossicazione detta uremica, pulmoniti lobari), sempre che esse non siano di natura tubercolare; invece la reazione presentasi costante in tutte le manifestazioni anche poco gravi, della infezione tubercolare, e abitualmente la intensità della reazione è proporzionale alla gravezza della prognosi.

Filippella Pietro. *Su una colorazione policroma dei sedimenti urinari.* — L'O. ha controllato, nella Clinica Medica di Camerino, la utilità pratica di un metodo di colorazione dei sedimenti urinari, proposto nello scorso anno da Schott nella Clinica Medica di Heidelberg e poggiato sull'uso simultaneo di soluzioni gliceriche e acquose di bleu di anilina e di eosina fenicata. Nei sedimenti urinari, ottenuti per centrifugazione e così colorati, l'O. ha osservato che il citoplasma cellulare, colorato dall'eosina, spicca nettamente rispetto ai nuclei colorati dal bleu di anilina, e spiccano pure le varie specie di cilindri, di cristalli di ogni sorta, i microbi, in modo che si ha una sinopsi distinta dei singoli elementi, che compongono il preparato dei sedimenti, con effettiva utilità per la pratica clinica. S. A.

Società Emiliana e Marchigiana di ostetricia e ginecologia (Modena).

Seduta del 18 maggio 1913.

Pres. il prof. FERRONI.

Roncaglia. *Per la statistica del taglio cesareo soprasinfisario.* — L'A. ha eseguito nove tagli cesarei soprasinfisari, sette per via transperitoneale, due extraperitoneali. Egli preferisce il metodo transperitoneale perchè è più semplice, perchè protegge ugualmente bene il cavo peritoneale, perchè in tagli cesarei ripetuti col metodo transperitoneale si incontrano minori difficoltà che coll'extraperitoneale.

Roncaglia. *Taglio cesareo in donna operata alla Schauta-Wertheim per prolasso totale.* — L'autore riferisce il caso di una donna operata alla Schauta-Wertheim per prolasso totale dell'utero, la quale non era stata sterilizzata per la sua tarda età. La donna rimase incinta e la gravidanza giunse a termine; l'aumento di volume dell'utero avvenne tutto a spese della parete posteriore, che era assottigliata in grado estremo, mentre il fondo e la parete anteriore erano fissati in basso contro il pube. Feto in presentazione di spalla.

Taglio cesareo; feto e madre viventi.

Roncaglia. *Strana complicazione in una isterectomia addominale alla Wertheim per cancro del collo.* — Carcinoma del collo in utero unicorne complicato da rene ectopico pelvico sinistro, situato nello spessore del legamento largo. Aderente al peritoneo ricoprente il rene ectopico si trovavano una tromba ed un ovaio atrofico. Asportazione del rene ectopico, isolamento dell'uretere destro; asportazione dell'utero carcinomatoso alla Wertheim.

Dopo l'operazione urine abbondanti. Morte per sepsi in decima giornata.

Pini. *Un caso di inversione cronica dell'utero felicemente operata con processo Küstner-Piccoli.* — L'inversione uterina datava da circa sei mesi. L'operazione venne eseguita dopo che inutilmente erano stati praticati tentativi di riduzione mediante il taxis ed applicazione di tamponi vaginali.

L'andamento post-operativo fu normale. Trenta mesi dopo l'operazione gravidanza a termine, parto spontaneo.

Ballerini. *I risultati del trattamento operativo dell'aborto febbrile.* — È ancora viva la questione se per il trattamento dell'aborto accompagnato da elevazioni termiche sia più opportuno lo svuotamento immediato dell'utero, o l'astensione da qualsiasi intervento. Fondandosi su di un materiale di 107 aborti febbrili (su 600 circa, tutti curati collo svuotamento) dei quali 58 presentarono rialzi di temperatura subito dopo l'intervento, e 48 prima di questo, l'A., il quale deve registrare nel primo gruppo nessun caso mortale, nel secondo solo due casi di morte, ed il 18 per cento di complicazioni extrauterine, conclude che lo svuotamento dell'utero si impone in ogni caso di aborto febbrile.

Decio. *Ancora di altre prove col metodo dialitico di Abderhalden.* — L'A. ha esaminato il siero di 18 carcinomatose riguardo al suo potere digerente l'albumina placentare, ed ha ottenuto in due casi una debole reazione, negli altri reazione negativa. Negativo fu pure l'esito della reazione eseguita col siero di sette forme infiammatorie dei genitali, delle quali sei erano certamente di natura tubercolare.

Fondandosi anche sull'esito negativo ottenuto dall'esame di altri sieri appartenenti ad ammalate diverse (miomi, prolassi, retroversioni) l'A. conclude che la siero-diagnosi di gravidanza proposta da Abderhalden è specifica nel senso che la reazione costantemente positiva nello stato gravidico, riesce positiva fuori di gravidanza solo in casi rarissimi ed in questi casi è molto lieve. L'A. ha poi ricercato se il siero gravidico digerisse il fegato, il rene, i muscoli fetali, ottenendo in un certo numero di casi, reazione positiva. L'autore desidera però di mantenere il massimo riserbo riguardo all'interpretazione di questi risultati.

Pampanini. *Contributo alla casistica dell'associazione tubercolare e neoplastica genitale.* — L'A. ha eseguito costantemente l'esame istologico dei tumori (fibromi, carcinomi, cisti) asportati nella Clinica di Parma, i quali presentavano annessi non completamente normali all' esame macroscopico.

Egli ha trovato su 150 casi 13 volte associazione della tubercolosi col neoplasma. In tutti i casi era colpita la tuba, due volte anche l'utero. Quattro cisti su nove si presentarono pure invase dal processo.

La frequenza dell' associazione tubercolare e neoplastica genitale, = 8.66 %. sarebbe dunque superiore a quella conosciuta. In base allo studio pei risultati ottenuti l'A. crede che la lesione tubercolare genitale constatata fosse per lo più di natura secondaria, che in taluni degli stessi casi la diffusione della tubercolosi al neoplasma (cisti) sia stata la conseguenza della tubercolosi tubarica, che verosimilmente le modificazioni morfologiche e funzionali dell'ovaio trasformato in cisti abbiano favorito la sua invasione tubercolare.

Che siano mancati gli elementi per mettere a carico di un'azione stimolante della tubercolosi locale l'origine e lo sviluppo ulteriore della neoplasia.

Che in alcuni dei casi studiati (tubercolosi iniziale in un tratto limitato della tuba) per le condizioni locali create dal neoplasma, la tuba abbia richiamato più facilmente a sè da altra sede il germe tubercolare.

Pazzi. *Del processo fisiologico e fisio-patologico della maternità in rapporto ai reati d'infanticidio e di procurato aborto e relative conclusioni.* — Dallo studio delle condizioni psichiche della gestante e dall'esame delle condizioni storico-sociali che riguardano la responsabilità della stessa gestante, l'autore richiama l'attenzione su alcuni problemi la di cui soluzione dovrebbe condurre a talune riforme della giustizia penale ed a provvedimenti di ordine profilattico sociale, tanto nell'interesse della madre, quanto dei nascituri.

Rizzatti. *Dimostrazione di preparati* :

1° di un dermoide;

2° di un amorfo lungo 6 cm. partorito insieme ad un feto normale a termine;

3° di due idrocefali di cui uno a testa integra perchè estratto con taglio cesareo.

Rizzatti. *Sulla composizione chimica di un liquido di polidramnio.* — Il dato più interessante riguarda la quantità di albumina che era in un caso elevatissima, 7.6320 %. L'A. per questo fatto e per altre considerazioni (si trattava di un feto anencefalico) crede di poter asserire che all origine del polidramnio contribuisce il trasudato delle membrane cerebrali.

Fabbri. *Nevrosi vaso-motoria in un neonato.* — Caso interessante perchè la nevrosi che interessava principalmente metà della faccia e che fu transitoria non fu causata dai soliti elementi che possono produrla. Il parto era stato in tutto normale.

Fabbri. *Sulla diagnosi della cisti dermoide.* — Mette in rilievo l'importanza che può avere per la diagnosi di tali cisti la facile spostabilità di esse con relativa anteposizione qualora si imprima alla cisti di modico volume, sia pure essa contenuta nel Douglas, un movimento ascensionale.

Dott. CESARE DECIO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Un nuovo metodo per riconoscere la natura tubercolare degli essudati articolari.

Una diagnosi esatta della natura di un versamento endoarticolare rappresenta la condizione essenziale per una cura adeguata ed oggi, nonostante tutti i metodi di ricerca più fini, molte volte non si riesce a stabilirne la natura. Nelle forme tubercolari, siccome quasi mai si riesce a trovare i bacilli, basta dimostrare in qualche modo la presenza dei loro prodotti del ricambio e di disgregazione: l'Hagemann ha a questo proposito sperimentato un metodo biologico che, oltre ad avere un fondamento scientifico esatto, avrebbe un valore pratico indiscusso. La reazione è del Römer e si basa sul fatto che la cavia tubercolosa reagisce in seguito ad iniezione sottocutanea di una quantità piccolissima di tubercolina con un processo cutaneo infiammatorio tipico. Esistono tre gradi tipici di reazione: il primo è caratterizzato in una tumefazione della cute che sopravviene 18-24 ore dopo l'iniezione di tubercolina; al centro di questa zona infiltrata della grandezza di un pezzo da due lire esiste una colorazione bluastra circondata da un anello porcellanaceo che a sua volta è circondato da una zona arrossata. Dopo circa quattro giorni avviene una necrosi: si forma poi una crosta, che distaccandosi lascia una cicatrice ben visibile. La seconda forma di reazione si distingue dalla prima solo per la mancanza della colorazione centrale; è evidente solo dopo 48 ore e va soggetta ad una necrosi più circoscritta; la terza forma è costituita da una lieve tumefazione e arrossamento della cute visibile anche dopo dieci giorni.

L'Hagemann ha sottoposto la reazione a numerose ricerche di controllo ed ha osservato che essa è indicatissima per la diagnosi della natura tubercolare dei versamenti articolari: egli inietta 0.1 cmc. del liquido appena estratto sotto cute dell'animale di esperimento.

(*Medizinische Klinik*, 15 giugno 1913).

P. A.

Diagnosi dell'actinomicosi mediante l'esame del pus.

Spesso questo esame è necessario per le forme di suppurazioni croniche e patogenesi sospetta.

1° Il pus dell'actinomicosi dev'essere esaminato sopra un vetrino: esso contiene dei granuli gialli di circa un decimo di millimetro di diametro, paragonabili a granelli di iodoformio polverizzato; nei focolai racenti i granuli hanno un colorito grigio-perla, nei focolai antichi possono essere nerastri.

2° Si schiacciano fra vetro e vetrino alcuni granuli di pus, si allontana il vetrino, e si lascia seccare all'aria. Si colora col metodo del Gram, e poi si colora intensamente con l'eosina. Si esamina a secco.

3° I micelio è costituito da bastoncini intrecciati fra loro, più voluminosi dei bacilli di Koch: questo intreccio si colora in violetto col Gram. Dal micelio partono dei filamenti terminati a clava che si colorano in rosso con la eosina.

In presenza d'una suppurazione cronica, il pus della quale contiene grani gialli con micelio che si colora col Gram e clave eosinofile, si può far diagnosi di actinomicosi, anche se manca la cultura. (*Journal des Praticiens*, 8 marzo 1913).

P. S.

CASISTICA e TERAPIA

Forma disfagica dell'aneurisma dell'aorta.

Rispal, Lasal, Timbal (*La Province Méd.*, 22 marzo 1913) osservano che accanto agli aneurismi latenti, i quali durante la vita non dànno alcun segno clinico della loro presenza e che costituiscono una sorpresa dell'autopsia, esiste una categoria di aneurismi dell'aorta, di grande interesse per il medico, che si manifestano con sintomatologia incompleta, talora con un sintoma solo (forme fruste, monosintomatiche). Tra questi gli AA. studiano quei casi che presentano al loro inizio un unico sintoma, *la disfagia*. È noto che la disfagia d'ordinario nell'aneurisma dell'aorta si presenta come parte d'una ricca sindrome mediastinica, talora però essa è l'unico segno rivelatore, e solo l'esame radiografico mette in luce la vera causa, deviando l'attenzione dall'apparato digestivo, al quale il sintoma conduceva a pensare.

Gli AA. esaminano i casi clinici della sindrome pura disfagica dell'aneurisma dell'aorta: il disturbo della deglutizione può essere:

a) di natura puramente spastica; essa rivela l'eccitazione del nervo ricorrente irritato dalla sacca aneurismatica;

b) di natura organica; ha per causa la degenerazione del nervo ricorrente e la sua paralisi consecutiva;

c) di natura mista (organica e spasmodica), se fenomeni passeggieri si aggiungono alla degenerazione del nervo.

La disfagia infine può essere meccanica, da compressione, ma al contrario di quanto finora si è ritenuto, essa costituisce l'evenienza più rara, secondo gli AA. I fenomeni spastici invece hanno un'importanza più grande che non la stenosi propriamente detta, la disfagia è cioè variabile come lo spasmo stesso, intermittente e suscettibile di remissioni.

Sopravviene bruscamente durante il pasto, talora dopo una emozione; impedisce la deglutizione dei liquidi e in particolar modo quella dei liquidi freddi; gli alimenti solidi attraversano l'esofago senza difficoltà alcuna.

Talora alla disfagia si accompagna il rigurgito, sia puro ossia dei cibi ingeriti nel pasto precedente, sia misto a muco o a saliva.

Talora invece la disfagia è progressiva. Sul principio il malato non ha difficoltà alcuna ad inghiottire gli alimenti semiliquidi, o liquidi; poi l'impedimento alla deglutizione aumenta, sono necessarie una lunga masticazione e degli sforzi penosi, quindi neppure i liquidi passano più e sono vomitati poche ore dopo i pasti, misti a muco e saliva.

Il decorso della disfagia è in questi casi fatalmente progressivo; ma talora può subire degli arresti ed anche delle regressioni, in queste forme la disfagia dei liquidi e dei solidi non è pura, ma è difficile sia la deglutizione dei solidi che quella dei liquidi: è spastica cioè ed organica nel tempo stesso.

Per la diagnosi della causa della disfagia è doveroso per il medico in ogni caso sospettare l'aneurisma dell'arco e ricorrere oltre che allo esame fisico all'esame radioscopico; è necessario tener conto di tutti i piccoli disturbi più o meno transitori sia della respirazione che della fonazione, i quali denotano uno stimolo del ricorrente, è necessario sempre l'esame laringoscopico; e sebbene con grande prudenza può essere utile anche l'esame esofagoscopico.

1° In ogni disfagia, concludono gli AA., bisogna sul principio ricercare i segni dell' ectasia aortica, se questa ricerca è negativa, si attribuirà la disfagia a un'affezione dell'esofago di cui si dovrà stabilire la natura.

2° L'esame clinico deve essere completato con l'esame radioscopico.

3° L'esofagoscopia non sarà adoperata che in casi eccezionali, in cui la radioscopia non permette di stabilire una diagnosi, ad ogni modo essa costituisce un metodo dannoso che deve essere applicato con riserva e con prudenza.

4° Contro l'aneurisma si tenterà la cura antisifilitica; quando la disfagia minacci la vita del paziente si ricorrerà alla gastrostomia.

t. p.

La cura del polso raro.

Ch. Fiessinger (*Le Journ. des Pratic.* n, 9, 1913) distingue cinque tipi morbosi di polso raro, che reclamano una particolare terapia: il polso raro nei convalescenti e nelle infezioni, nei dispeptici, nei nervosi, negli intossicati, nei cardiaci siano essi o non sifilitici.

Tra le *infezioni* ricorda che il polso raro può nelle difterite essere un grave sintoma: esso non giunge a 50 pulsazioni, si accompagna a vomito, talora a sincopi, si deve temere la morte improvvisa: si ricorra in tal caso all'uso del siero antidifterico ad alte dosi (50 cmc. al giorno) al riposo assoluto a letto, alle iniezioni di olio canforato e caffeina al solfato di stricnina e di sparteina associati.

Nell'influenza, nella scarlattina, nel reumatismo articolare acuto, si possono presentare segni della stessa categoria, ma sono relativamente più rari e meno gravi: la bradicardia in esse è più frequente durante la convalescenza.

Non ritiene esatta l'A. l'osservazione che alla bradicardia nell'appendicite corrisponda la gangrena dell'appendice; ad ogni modo in tal caso la cura è radicale: intervento nelle prime 24 ore.

Frequentissimo è il polso raro vero nella convalescenza delle malattie infettive: talora si prolunga per parecchie settimane. Il regime igienico, l'alimentazione e il moto progressivo sono d' ordinario da consigliarsi: ma se il polso si mostra fuggente, e v'è cianosi pallida del malato, v' ha da sospettare una miocardite infettiva e allora si impongono il riposo assoluto, le iniezioni di olio canforato, di caffeina, di stricnina e sparteina, regime alimentare idrico e latteo.

Nei *dispeptici* il polso raro è una bradisfigmia, senza bradicardia, legata ad intermittenze da extrasistole: la causa va ricercata in eccitazioni nervose che partono dallo stomaco agiscono sul cuore e ne determinano la contrazione prima del tempo. La belladonna (0.01 d'estratto prima dei pasti) o l'atropina (solfato 1/10 di milligr.) calmano il disturbo:

Solfato d'atropina	0.002
Acqua distillata	100

un cucchiaino prima dei pasti; dopo di essi si prescriveranno polveri fatte di: bicarbonato sodico 0.30, creta preparata e magnesia idrata cgr. 0.15 per un cachet, da prendere dopo ogni pasto. Ma bisogna contemporaneamente insistere nel re-

golare l'alimentazione: poco pane, non sughi, non salse, non formaggi. Carni bianche, uova *à la coque*, *purées*, creme, frutta cotte. I pasti devono essere presi lentamente e ben masticati.

Vanno combattute naturalmente coi comuni mezzi l'ipercloridia e la stitichezza.

Nei *nervosi*, il polso raro è di grave preoccupazione per il soggetto e per la famiglia, talora per soprappiù al polso raro dei nervosi si accompagnano delle crisi sincopali, che fanno temere di una grave affezione organica. È necessario in ogni caso assicurare le diagnosi: l'anamnesi (esclusione di malattie infettive) l'assenza di sifilide, o d'ipertensione, i tracciati grafici (polsi extrasistolici), l'esame d'altra parte completo dell'ammalato potranno far concludere per un polso raro nervoso.

Bisogna ricordare che talora è un'insufficienza surrenale, tal'altra una paralisi progressiva incipiente che possono simulare il polso raro nervoso. Mentre nella prima la terapia deve rivolgersi alle malattie causali, nei nervosi la terapia a seconda di casi sarà persuasiva, suggestiva, igienica.

Polso raro si ha spesso nell'uremia, nel diabete, nell'ittero, nelle autointossicazioni intestinali, e la cura della causa tossica è la cura del polso raro.

Eguale indirizzo terapeutico deve essere seguito nelle intossicazioni da cloroformio, da oppio, da piombo, con polso raro.

Anche alcuni cardiocinetici (strofanto, digitale), portati a dosi tossiche possono determinare bradicardie notevoli. Bisogna in ogni caso prevenire tali inconvenienti moderando e regolando le dosi del rimedio, o sospenderne l'uso non appena i primi segni si manifestino.

Nei cardiaci bisogna attenersi per la terapia a numerose distinzioni; se si tratta di anginosi il polso raro compare spesso dopo la crisi dolorosa: si prescriva la teobromina (1 gr. in 2 cartine) e 5 gocce di digitalina cristallizzata al millesimo alle dieci del mattino per dieci giorni; piccolo pasto, riposo.

Nei vizi valvolari la cura è quella dell'iposistolia: riposo a letto, regime idrico-latteo, teobromina digitale; se si tratta di stenosi mitralica si ricorra al salasso, al ghiaccio sul cuore, alle iniezioni di olio canforato, alla digitalina usata con precauzione: la bradisfigmia nei mitralici stenotici è spesso in rapporto con extrasistoli, e si deve temere sempre l'embolia.

Nelle miocarditi si deve seguire la medicazione delle insufficienze miocardiche abituali piccole dosi ripetute di digitale, con tregue di riposo. Se la degenerazione o un altro processo morboso (gomma, sclerosi) colpisce il fascio di His (sindrome di Adams-Stokes) bisogna essere assai prudenti: la teobromina è il rimedio che più risponde, utile talora è la trinitrina (soluz. alcoolica trinitina 1/100 XL gocce, acqua distillata 200 gr.); se poi una lesione sifilitica del fascio si ha ragione di sospettare (lues pregressa, Wassermann positiva), è necessario istituire una razionale cura antisifilitica.

Nella sclerosi arteriosa e renale, il regime latteo-vegetariano e la teobromina trovano le migliori indicazioni.

t. p.

La terapia della malattia di Raynaud.

Il Noesske ha tentato per primo la terapia della malattia di Raynaud col metodo della stasi alla Bier applicando alle dita malate ditali chiusi ermeticamente in cui faceva il vuoto, dopo avere inciso la cute a livello del ditale, ed egli ebbe la guarigione dopo dieci giorni mediante due applicazioni al giorno, nonostante che prima della cura le dita fossero intensamente cianotiche e dolentissime. Recentemente lo Schreiber riferendo i risultati ottenuti in un caso di morbo di Raynaud col metodo di Noesske fa rilevare che dopo tre mesi si ebbe la recidiva del male: siccome non si poteva di nuovo intervenire col metodo suddetto, pensò di applicare la doccia d'aria calda per cinque minuti tenendo l'apparecchio alla distanza di un metro. I risultati furono migliori di quelli ottenuti col metodo operatorio: ed incoraggiato da questi l'A. applicò il metodo anche in un altro caso di morbo di Raynaud.

Anche se la guarigione ottenuta col metodo di Noesske non fosse definitiva sarebbe sempre preferibile il metodo proposto dallo Schreiber, anche se le applicazioni di aria calda si dovessero praticare periodicamente ogni due o tre mesi: nel caso dell'A. non si ebbe una recidiva anche dopo tre mesi.

L'A. sconsiglia le cassette ad aria calda, perchè in dita poco sensibili possono avvenire facilmente ustioni. L'unico svantaggio del metodo consiste nella necessità di uno strumentario adatto e della lunga durata della cura: però oggi ogni medico possiede una doccia ad aria calda, il suo uso è generalizzato in varie malattie, le applicazioni si possono fare ogni due giorni e basta una durata di cinque minuti per ogni seduta.

(*Münch. Med. Woch.*, 10 giu. 1913). P. A.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(140). *Sull'uso dello yoghurt.* — Il sottoscritto si rivolge alla cortese ospitalità della « Posta degli abbonati » per domandare quanto segue:

1° su quali criteri scientifici è basata la terapia dei catarri gastro-enterici coi fermenti di *yoghurt;*

2° quale di questi fermenti è il più efficace;

3° se l'uso del latte di joghurt, o bulgaro, sia da consigliarsi agl'individui che hanno l'apparato digerente normale, e in specie, per l'infanzia.

Abbonato n. 6823 (Portotorres).

I principî da cui è partito Metschnikoff per addivenire alla « batterioterapia intestinale » sono più suggestivi che convincenti.

Li riassumiamo.

Il nostro intestino crasso ospita una lussureggiante *flora batterica*, come dicono i microbiologi con un'espressione tolta in prestito alla botanica.

In questa flora hanno il sopravvento le specie nocive, è come se dicessimo le piante velenose.

Metschnikoff ha pensato d'imitare gli agricoltori, i quali strappano le cattive erbe e vi sostituiscono le piante utili. Egli sogna un orto alla rietina, vigoroso e ben tenuto.

Ma con quale mezzo il giardiniere dell'intestino può giungere ad eliminare la flora poco desiderabile ed a sostituirvene una amica?

Il mezzo è semplicissimo: basta portare nell'intestino le specie salutari e farvele attecchire.

Per la scelta di questa flora vivificante Metschnikoff si è lasciato guidare da una duplice considerazione e cioè: 1° il popolo bulgaro conta un numero elevatissimo di centenarî; 2° il popolo bulgaro fa largo uso di latte acido rappreso o yoghurt.

Egli ha posto in relazione i due fatti, ossia ha ritenuto che la longevità tradizionale dei bulgari sia dovuta al consumo dello yoghurt. Perciò si è convinto che questo prodotto debba essere particolarmente benefico all'organismo umano.

Lo yoghurt deve le sue qualità ai batteri « acidogeni » o produttori di acidi. Di questi germi il più attivo è una varietà del *Bacterium lactis acidi* (s. *Güntheri*) detto *Bact. bulgaricum*, il quale elabora forti quantità di acido lattico e tracce di acido succinico ed acetico. Batteri del gruppo sono molto diffusi in natura; si ritrovano anche nelle feci normali.

I batteri contenuti nello yoghurt avrebbero la facoltà di inibire lo sviluppo di quelli nocivi, pullulanti nell'intestino. In tal modo eviterebbero la tossiemia enterogena e, indirettamente, farebbero la vita più lunga e più felice.

La soppressione dei tristi effetti della senilità è a tal prezzo.

Questa brillante concezione potrà essere dimostrata vera; ma sino ad oggi manca di una larga base di prove incontrovertibili, anzi consente alcune obbiezioni ovvie.

Ad esempio, Metschnikoff ha forzato l'interpretazione di molti fatti sperimentali (vita amicrobica ottenuta dalla signora Metschnikoff, da Cohendy e ora confermata da Küster; lesioni vascolari e viscerali prodotte da Koretschenky, da Wolman, da Dratschinki, ecc. mediante colture e filtrati di batteri anaerobi intestinali e mediante fenoli, cresoli, indolo, ecc., prodotti elaborati nell'intestino; menzioniamo anche le interessanti ricerche recenti sulle anime basiche).

Cedendo a questo processo mentale, egli è giunto ad ammettere che i batteri dell'intestino sono superflui o dannosi, anche negli individui apparentemente sani.

Ed ha finito per convincersi che il crasso — metropoli dei batteri intestinali — è un organo ingombrante. A conclusioni analoghe giungevano l'anatomista Barclay Smith e il chirurgo A. Lane. I risultati ottenuti nella cura della stitichezza cronica irriducibile mediante la colectomia parevano convalidare questa tesi.

Ma l'esperienza dimostra come si richieda molta cautela prima di affermare che un organo è inutile. A ogni modo, possiamo star certi che ben pochi s'indurrebbero a lasciar correggere la natura....

Metschnikoff ha girato la difficoltà, limitandosi, come abbiamo visto, a tentare di sostituire i germi nocivi della putrefazione con quelli utili dell'acido lattico. Manca però una prova batteriologica che questa sostituzione abbia luogo realmente. Ad esempio, le ricerche di Kendall portano ad ammettere che non siano i batteri intrusi ad elaborare gli acidi, ma i *coli* preesistenti, i quali modificano la propria biologia e prendono a intaccare attivamente i cibi idrocarbonati che, secondo le prescrizioni di Metschnikoff, vanno ingeriti insieme ai germi acidogeni; d'altra parte le ricerche di Einhorn, Wood e Züblin, ecc., dimostrano che i cambiamenti della flora intestinale durante la cura coi fermenti acidi sono paragonabili a quelli che si ottengono col semplice cambiamento del vitto! E così via.

Clinicamente è certo che la batterioterapia intestinale si dimostra utile.

Si dimostra utile specialmente per correggere i disturbi gastro-enterici delle donne, attribuiti ad atonia e ad iposecrezione.

Sappiamo che le donne sono esseri molto suggestionabili. Questo motivo induce a far ammettere che la suggestione non si mantenga estranea al successo: tutt'altro.

Sono pure le donne che vengono guarite dalla colectomia quando tutti i mezzi medici sono falliti. Evidentemente quest'operazione è un rimprovero alla medicina. Non è a dubitare che interventi più o meno aggressivi del genere giovino in casi speciali; ma sarebbe conveniente che i signori chirurgi specificassero quali risorse mediche erano state effettivamente messe in opera e che, di più, documentassero i loro successi portando le fotografie delle malate prima dell'operazione e dopo un anno. Poichè decisamente nelle donne neuropatiche gli effetti delle cure sono spesso straordinari; ma pur troppo, sono anche fugaci....

I bambini, i quali sono poco vulnerabili alla suggestione, risentono appena l'efficacia dei fermenti lattici. Tanto che Klotz, il quale si è occupato a lungo della questione, ha finito per restringerne le indicazioni — e con poco convincimento — ai piccoli enteropazienti eczematosi, quando le altre terapie sono rimaste inattive. Egli se n'è trovato decisamente male nei rachitici.

Da ciò che siamo venuti esponendo si desume che i fermenti lattici *per os* vanno sloggiati dal nimbo delle *panacee*.... Nella generalità dei casi presentano però vantaggio di essere ben tollerati; quindi si possono provare senza apprensioni.

Metschnikoff ne raccomanda l'uso perfino agli individui sani, nella lusinga di prolungarne la vita. È una presunzione un po' azzardata.

Val forse meglio di astenersi da qualsiasi intervento allorchè ne manca, non diremo un'indicazione definita, ma perfino un pretesto attendibile. Non si otterrebbe altro risultato, come diceva Montaigne, che di « rendere la salute ammalata ».

Naturalmente non ci occupiamo delle applicazioni locali dei fermenti lattici.

La scelta di un buon preparato non è facile. Conviene stare in guardia nel ricorrere alle preparazioni del commercio poichè vari batteriologi, tra cui il nostro Gorini, hanno dimostrato che: 1° nelle colture seriali i germi proteolitici, non desiderati, prendono un po' alla volta il sopravvento su quelli acidogeni; 2° l'attività acido-formativa di questi ultimi si riduce (in Bulgaria si ottiene un tipo quasi costante di yoghurt ripristinando la fermentazione acida con la maya o fermento madre, preparato dal latte di capra); 3° la vitalità dei germi si attenua: spesso anzi le preparazioni stantie si trovano del tutto sterili, sovratutto quelle secche (polveri, compresse).

Bisognerebbe dunque poter disporre di preparati recenti, allestiti in mezzi umidi (brodo, latte) e messi in commercio da case produttrici accreditate; ovvero saggiarne l'azione sul latte, il che non è facile. Ragioni di economia consiglierebbero di far preparare le colture dai clienti, in latte bollito.

Si è tentato di mettere in valore parecchi altri latti acidi e fermenti acidificanti (brodi di Tissier, *gioddu* sardo, ecc.); ma per le ragioni anzidette Metschnikoff ha posto in voga soltanto lo yoghurt: se n'è fatto il banditore e quasi l'apostolo.

In assenza di prove che resistano alla critica sull'utilità effettiva dei germi acidificanti, la concezione di Metschnikoff non resta che una ipotesi.

Si richiede una seria revisione di tutta questa opera affinchè soddisfi a tutte le esigenze della accuratezza scientifica.

VERNEY.

(141). *Emiesotorace.* — Le sarei grato se si compiacesse di rispondermi sul *Policlinico* (Posta degli abbonati), ma con una *certa sollecitudine*, alle seguenti domande che mi interessano personalmente.

1° L'applicazione dell'emiesotorace di Scarpa può giovare per l'assorbimento del liquido di una pleurite essudativa? Può giovare a ristabilire la funzionalità del polmone del lato ammalato?

2° Presso quali Case potrei acquistarlo ed a che prezzo? Potrei trovarlo in qualche catalogo?

Con tutta stima la ringrazio e la saluto.

Devotissimo D. M. V. da R.

L'*emiesotorace pneumatico di Scarpa* consiste in un *gilet-camera d'aria insufflatile*, mediante il quale si riesce ad inibire notevolmente la funzionalità delle parti sane del polmone, per esaltare quella deficiente delle parti malate.

Il principio sul quale è fondato è facilmente criticabile, ed in contrasto colle moderne concezioni *sulla guaribilità dei processi pleuropolmonari specifici*: ad ogni modo a noi qui manca l'esperienza pratica sull'ammalato e non vogliamo criticare metodi terapeutici solo con premesse teoriche.

L'A. dice di avere ottenuto sistematicamente risultati ottimi nella pleurite e nella tubercolosi polmonare; per maggiori schiarimenti e per l'acquisto eventuale dell'apparecchio si rivolga ad una Casa commerciale di presidî medici, oppure direttamente all'A. (L. G. Scarpa, via della Zecca, 37, Torino). T. P.

(142) Dott. Ginotto, Monzano. — In linea di massima non diamo indicazioni bibliografiche.

La Direzione di Sanità ha un'eccellente pubblicazione sulle nostre acque minerali.

VARIA

Impiego dei funghi come emostatici. — Varie specie di funghi furono usate nei tempi trascorsi per arrestare le emorragie. Dioscoride attribuisce tale virtù all'*agarico*, così chiamato perchè raccolto ad Agaria in Sarmazia. Linneo dà un tal nome a tutto un genere di funghi, ma ordinariamente si dà in farmacia il nome di agarico a tre specie: *Polyporus officinalis, P. fomentarius* e *P. ignarius*. Gli antichi chirurgi applicavano parti di questi funghi sui vasi sanguinanti dopo le amputazioni.

Ford, chirurgo inglese che esercitò a Bristol nel 18° secolo, è d'avviso che tali funghi riescono emostatici più per la loro struttura porosa che per altro motivo. Questi funghi erano raccolti in autunno e battuti con un martello per renderli pieghevoli, senza nessuna preoccupazione per l'impiego di misure asettiche nel maneggiarli, quantunque così spesso infestati da larve di insetti. Buchan nel 1788 consiglia nel suo libro « La medicina domestica » di conservare in casa tali funghi per poterli adoperare ad ogni evenienza. Sembra però che gli agarici secchi siano stati usati sopratutto come esca.

Un altro fungo usato come emostatico è il *Lycoperdon giganteum* di cui si impiegava la polvere prodotta dal disseccamento del capillizio e costituita da spore. Helvetius (1706) e La Torre (1755) gli attribuiscono virtù emostatiche veramente straordinarie.

Tale fungo è stato provato anche da molti chirurghi moderni che ne vantano tale proprietà. Hall, chirurgo americano, lo dichiara assolutamente degno del nome di emostatico, mentre nessun altro di vantati rimedi emostatici può dirsi veramente tale.

Fra le sue molte applicazioni è stato trovato molto efficace per arrestare le emorragie consecutive all'estrazione di un dente, quando altre sostanze non dànno buoni risultati.

Si può riscaldare il fungo senza che per questo perda le sue qualità emostatiche, mentre si rende in tal modo asettico. Il solo inconveniente che presenta è di carattere estetico, in quanto spesso rimane una colorazione bruna della pelle intorno al punto ove è stato applicato, ma tale colorazione sparisce in genere rapidamente. Sopratutto la polvere ottenuta dall'essiccamento del fungo ha il grande vantaggio di non produrre alcuna irritazione della ferita.

(Da *The British Medic. Journ.*). Dott. GOD.

Il consumo della carne nelle varie regioni d'Italia. — Il « Bollettino della Società degli agricoltori italiani » reca:

Dalla statistica sulla macellazione degli animali, fatta a cura della Direzione generale della Sanità, si rileva che la media del consumo di carne per ogni abitante è superiore ai 45 chilogrammi in quattro provincie: Cremona, Parma, Bologna e Milano; dai 35 ai 45 chilogrammi nelle provincie di Modena, Venezia, Verona, Reggio Emilia, Brescia, Grosseto, Roma, Siena, Pavia, Como, Piacenza, Torino e Mantova; dai 25 ai 35 chilogrammi nelle provincie di Napoli, Perugia, Teramo, Lucca, Cagliari, Alessandria, Treviso, Ancona, Aquila, Ravenna, Macerata, Porto Maurizio, Livorno, Pisa, Padova, Vicenza, Firenze, Genova, Udine e Novara; dai 15 ai 25 chilogrammi nelle provincie di Massa, Potenza, Salerno, Messina, Avellino, Campobasso, Catanzaro, Sassari, Arezzo, Pesaro, Benevento, Forlì, Ascoli, Cosenza, Sondrio, Belluno, Cuneo; non superiore ai 15 chilogrammi nelle provincie di Trapani, Siracusa, Girgenti, Caltanissetta, Reggio Calabria, Chieti, Catania, Bari, Lecce, Foggia, Palermo e Caserta.

I calcoli che hanno portato alla formazione dei suddetti cinque gruppi si riferiscono a circa un terzo della popolazione, dal che si deduce che il consumo carneo di quasi venti milioni di abitanti deve avvicinarsi molto allo zero.

(*Avvenire Sanitario*).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Dott. ALWIN ACH. **Beiträge zur Oesophagus-Chirurgie.** München, Lehmann's Verlag, 1913. Mk 4.

La chirurgia dell'esofago già possiede un largo capitolo di medicina operatoria che i più moderni e più completi trattati riportano soltanto parzialmente e che l'A. svolge in questo manuale, chiaro e preciso nelle sue varie parti e adorno di belle incisioni.

p. s.

CASTAIGNE. **Traitement du cancer par les sels de quinine.** — J. CARLES. **Les abcès de fixation.** — E. SERGENT. **La cure de recalcification.** A. Poinat Edit. Paris, fr. 0.50 il volume.

Sono tre fascicoli delle « Consultations méd. françaises » pubblicati a cura della benemerita Casa Poinat, dai più attivi medici francesi, i quali in piccola mole, in maniera pratica ed accessibile a tutte le mentalità affrontano i problemi più nuovi e più discussi. Questa volta gli argomenti sono antichi, ma, rinnovellati dalle moderne ricerche, essi sono occasione di lettura interessante e piacevole. *t. p.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la dignità dei medici.

Con questo titolo la *Tribuna* ha pubblicato il seguente articolo:

« Ci scrivono da Frascati, a proposito del processo svoltosi a quella R. Pretura contro due medici:

« Posso confermarvi la disapprovazione generale che ha incontrato la sentenza emessa di recente dalla Pretura di Frascati in riguardo alla infrazione che sarebbe avvenuta da parte di due sanitari all'articolo 210 del Codice penale.

« Tempo fa i due stimati dottori, Angelo Altieri e Francesco Zacchi, di Grottaferrata, furono chiamati dal Pretore di Frascati a fare una sezione cadaverica nel cimitero del paese suddetto. L'invito era di andare subito. Notisi che l'ufficiale giudiziario, a ciò incaricato, andava alla ricerca *di due medici e non precisamente dei medici sunnominati*. La domanda aveva quindi carattere *generico* e non *specifico*. Ciò è risultato chiaramente in udienza. Oltre a ciò si consideri che l'invito è avvenuto in forma orale. Ora il Codice di procedura penale dice che i testimoni ed i periti dovranno sempre essere invitati mediante cedola firmata, colle solite comminatorie della legge, e che la chiamata può essere orale *solo nei casi d'urgenza e quando i testimoni ed i periti si trovino nel luogo ove si fa l'istruttoria*. Vedasi l'art. 167 del Codice. Esso si esprime chiaramente e questo punto fu luminosamente dimostrato dall'avv. Angelo Corini in udienza. Nel caso quindi dei due dottori si tratta di un invito che non è avvenuto conforme alla legge. Questa è l'opinione generale dei giureconsulti e di non giureconsulti. Aggiungasi poi questo. Il primo dottore ad essere chiamato fu lo Zacchi, dalle 12 a 1 ora del giorno 15 gingno u. d. La chiamata fu fatta, gettando la voce da un cortile ad un terzo piano, tra rumore di gente e di fontane, con poco riguardo alla dignità del medico e l'invito era fatto più per *piacere* che per altro. Il dott. Zacchi rispose che era solo, che aveva malati importanti e non poteva lasciare là per là la sua condotta. Il suo collega infatti, dott. Altieri, l'aveva avvertito il giorno prima con un biglietto che egli il giorno dopo si sarebbe assentato da Grottaferrata, e proprio adunque in quelle ore pomeridiane del giorno 15, il dott. Zacchi era impegnato a sostituirlo. Ma l'ufficiale giudiziario, dopo qualche tempo, trovò il dott. Altieri, che non era più partito, e non era partito solo perchè uno dei suoi malati di difterite si era aggravato. Ora, l'ufficiale giudiziario, il quale aveva saputo dal dott. Altieri come era vero il biglietto scritto al suo collega di doversi egli assentare dal paese, invece di ritornare dal dott. Zacchi a spiegargli la non avvenuta partenza, va e porta a Frascati la denuncia contro il dott. Zacchi, basandosi soltanto sopra un suo apprezzamento, che a lui stesso risultava erroneo.

« È regolare che un ufficiale giudiziario agisca così? È regolare la sua denunzia? Il dott. Zacchi ignorava assolutamente la non avvenuta partenza del suo collega e per l'ora in cui ha avuto luogo il suo invito e per essere la zona dove si svolge la sua azione di medico distante di un chilometro dalla zona dove si svolge l'azione dell'altro e per altre ragioni, che risultarono in udienza.

« Mi sono dilungato sul carattere dell'invito fatto dall'ufficiale giudiziario in opposizione al disposto dell'art. 167 del Codice di procedura penale, e sul modo come è avvenuta la denunzia. Nell'udienza i due dottori dimostrarono poi chiaramente l'impossibilità in cui si trovavano di abbandonare là per là i loro malati.

« Con tutto ciò l'Altieri fu condannato a 85 lire di multa ed alle spese del processo. L'altro dottore fu assolto.

« La sentenza, come ho detto, ha destato la indignazione di tutta la classe sanitaria.

« L'*Associazione dei medici condotti* ha votato un ordine del giorno vibratissimo. *Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma*, alla vigilia della udienza, ha inviato ai due dottori il seguente telegramma: « Consiglio Ordine medici sicuro vostra assoluzione, invia espressioni simpatia e solidarietà. Presidente: *Ballerini* ».

« La causa ha avuto luogo l'altro giorno. Pubblico Ministero era l'avv. Cremona, che ritirò l'accusa per inesistenza di reato, subito dopo uditi i testimoni, presidente era l'avv. Musone, vice-pretore di carriera, istruttore del processo (la coincidenza di presidente e d'istruttore a noi sembra che si dovrebbe evitare) e che faceva le veci dell'avv. Giampietro il pretore, ora in licenza, che trasmise la denunzia.

« Non facciamo commenti, che crediamo inutili. Giudicherà serenamente la Corte d'appello, a cui i medici hanno ricorso.

« Bisogna pure si sappia chiaramente se sia obbligatorio per un medico di esporsi al pericolo di essere imputato di omicidio colposo per correre a sezionare un cadavere, che può ben attendere qualche ora! ».

Quest'articolo della *Tribuna* non ha bisogno di commenti nemmeno da parte nostra. I colleghi di Grottaferrata non si rammarichino dei guai giudiziari capitati loro addosso; forse da essi nascerà un'azione utile a tutta la classe.

È tempo di mettere in discussione questo quesito: qualunque magistrato, grande e piccolo, ha il diritto di abusare (è la vera parola) dell'opera dei medici, che poi retribuisce nel modo vergognoso che tutti sappiamo, chiamandoli come periti a qualunque ora del giorno e della notte, senza preoccuparsi menomamente degli altri loro doveri professionali, esponendoli senza nessun discernimento al pericolo di infettare sè stessi e gli altri, e persino dispensandosi da quelle norme di procedura che sono dettate dal Codice ed eziandio da quelle che sono insegnate dalla buona educazione? Un medico perito è egli qualche cosa di simile ad un cocchiere o ad un facchino di piazza, che si manda a chiamare verbalmente per mezzo di un messo qualsiasi, il quale cocchiere ed il quale facchino almeno hanno almeno il diritto di contrattare anticipatamente il prezzo della loro prestazione d'opera?

Questo è il quesito abbastanza interessante che pone sul tappeto l'incidente sollevato e da sè stesso risoluto così male dal signor Pretore di Frascati; se da esso ne verrà un ammonimento ad altri giovani e vecchi magistrati per un maggior rispetto per la medicina legale e per i suoi cultori, volontari o forzati, le ottantacinque lire di multa del dott. Altieri saranno state ben pagate.

CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Per la medicofobia del Prefetto d'Arezzo. — L'Ordine dei medici di Arezzo, in seguito all'incidente col Prefetto della Provincia, del quale s'è accupato *Cajus* in un recente articolo, ha votato in assemblea generale la seguente deliberazione:

« L'Assemblea dell'Ordine dei medici chirurghi della Provincia di Arezzo, in seguito alle infondate accuse, alle ingiuste offese ed alle illegali dichiarazioni fatte dal signor Prefetto di Arezzo al Presidente ed ai rappresentanti dell'Ordine, il giorno 3 luglio u. d., per protesta, per salvaguardare il proprio prestigio, ed al solo intento di ottenere che sia provveduto affinchè nell'applicazione della legge sugli Ordini dei sanitari, si conceda, com'è logicamente doveroso, agli iscritti, il beneficio dei diritti elargiti in essa, almeno come giusto contrapposto agli obblighi dal legislatore imposti

Delibera:

« di approvare le logiche dimissioni del Pre-
« sidente e quelle del Consiglio d'amministrazione
« con lui solidale;

« di invitare i colleghi a non accettare nessun
« ufficio nell'Ordine e nessun incarico che pro-
« venga dall'autorità prefettizia, almeno fino a
« vertenza risoluta;

« di inviare il proprio plauso a quei sanitari
« componenti il Consiglio provinciale di sanità
« che hanno dichiarato di non voler prendere
« parte alle adunanze di quello per solidarietà
« coll'Ordine dei medici chirurghi;

« di dare intanto al Consiglio amministrativo
« dimissionario il solo mandato: di rimettere alla
« R. Prefettura di Arezzo i libri d'amministra-
« zione ed i verbali; di comunicare il presente
« ordine del giorno e la circolare unite, a S. E.
« il Ministro dell'interno, ai soci ed a tutti i pre-
« sidenti degli Ordini dei sanitari del Regno, per
« chiedere la loro solidarietà ».

Atti della Federazione degli Ordini dei Medici.

La presidenza della Federazione ha indirizzato la seguente circolare ai Presidenti di tutti gli Ordini dei medici d'Italia.

Onorevole Sig. Presidente,

Il Consiglio Federale, che non tenne adunanza nel giugno, si convocherà nel prossimo settembre e tra l'altro delibererà sull'epoca del Congresso dei rappresentanti gli Ordini dei Medici — Congresso che potrebbe eventualmente subire un breve ritardo per le elezioni politiche.

In tale adunanza saranno poste all'ordine del giorno numerose quistioni ed io sin da questo momento interesso la S. V. e codesto on. Consiglio a volerci inviare quelle pratiche che riterranno opportune vengano discusse dal Consiglio Federale, onde si abbia il tempo di distribuirle ai singoli Consiglieri per la relazione.

Gradiremmo ancora avere l'opinione di codesto Consiglio relativamente a modifiche sia del regolamento degli Ordini come dello statuto della

Federazione e sulle modalità della desiderata pubblicazione di un Bollettino generale.

Frattanto io richiamo l'attenzione della S. V. sui seguenti fatti:

Al Consiglio sanitario provinciale di Roma il prefetto e il medico provinciale appoggiaron cordialmente i desiderata della classe medica circa la residenzialità delle condotte e venne decisa la massima di sostituire, incominciando dai principali centri della provincia, la condotta residenziale a quella per la generalità degli abitanti. S. E. Giolitti nella discussione del bilancio degli Interni disse che la condotta piena deve essere accettata solo come eccezione rarissima in qualche comune, giacchè non gli pare giusto far pagare a tutti i contribuenti anche la cura dei ricchi. Inoltre una recente decisione del Consiglio di Stato stabiliva doversi annullare il deliberato della G. P. A. che approva la condotta piena in un Comune che eccede il limite delle sovrimposte quando non ricorrono speciali condizioni economiche e demografiche locali.

Dato ciò, a me sembra che la nostra Federazione possa e debba mettersi recisamente su questa via, dando tutto il suo appoggio incondizionato per una graduale trasformazione delle condotte piene in residenziali, ed è per questo che io raccomando vivamente a Lei, quale membro del Consiglio sanitario provinciale, di volere insistere perchè ad ogni apertura di concorso, ad ogni modifica di capitolato, ad ogni proposta di innovazione di qualsiasi genere, si debba sostenere la residenzialità della condotta, che così a poco a poco e senza scosse, potrà essere diffusa in tutta Italia.

Un'altra questione che non possiamo per coscienza trascurare, è quella delle Levatrici condotte, che hanno stipendi di fame che costituiscono una vergogna e una immoralità. Riservandomi di inviarle quanto prima alcune mie proposte di modifiche al regolamento ostetrico, io vorrei che Ella nel Consiglio sanitario provinciale muovesse un' interpellanza onde si iniziasse subito ed ovunque un decoroso aumento degli stipendi delle Levatrici, che vorremmo portati ad 800 lire per condotte residenziali — mai meno di 700 — impedendo aperture di concorsi con uno stipendio minore a questo, e cercando con ogni insistenza che i nuovi bilanci comunali pel 1911 importino questo lieve, ma decoroso aumento di stipendio alle Levatrici. Ed insisto su ciò anche perchè il Consiglio superiore di Sanità in questi giorni ha raccomandato il miglioramento economico delle Levatrici.

Passando ad altro argomento, devo ricordarle che una rappresentanza della nostra Federazione, dell'Associazione dei Medici Condotti e della Federazione Nazionale del personale addetto alla vigilanza igienica presentò or non è molto un memoriale al Ministro dell' Interno, nel quale a proposito del caso Braccini si protestava in ordine all'azione amministrativa e procedurale devoluta all'ufficiale sanitario e si rivolgevano vari quesiti, la cui risposta serve in avvenire di guida ai funzionari cui è affidata la tutela della pubblica igiene. In attesa di tale risposta e nella fiducia che la Corte di Cassazione renda giustizia al dott. Braccini, trattandosi di una gravissima questione che esula dalle persone e involge principî di interesse generale, nel doveroso desiderio di prevenire il pericolo cui si troverebbero esposti gli Ufficiali sanitari se la sentenza di Milano dovesse costituire un precedente, noi dobbiamo provvedere, giusta l' invito dell'Ordine dei Medici di Milano, alle spese del processo, epperciò saremmo lieti se cotesto Ordine volesse contribuire con una somma, sia pure mite, a tali spese.

E giacchè tocchiamo questioni pecuniarie, vogliamo pure ricordare come taluni Ordini non abbiano pagato ancora alla Federazione la tassa del 1913, e persino alcuni non hanno inviato la tassa di lire 20 pel 1912, mettendo con questi ritardi in pericolo la funzionalità della Federazione, che non ha fondi propri e che per giunta ha un bilancio insufficiente che diventa irrisorio quando vengano a mancare le quote degli Ordini, che speriamo siano sollecitamente versate al nostro tesoriere, il consigliere Leopardo Ruzzini (Osimo).

Crediamo infine non superfluo il notificare come a togliere il lamentato interregno nella rappresentanza degli Ordini al Consiglio Superiore di Sanità, questo ad interpretazione del regolamento ha stabilito che in gennaio si abbiano le elezioni del Consiglio dell'Ordine ed in febbraio quelle dei rappresentanti nel Consiglio Superiore di Sanità, i quali rimarranno in carica sino a quando non siano regolarmente sostituiti: in altri termini coloro che scaderebbero il 31 dicembre 1913 seguiteranno a funzionare sino all' insediamento dei nuovi, e così è venuta a togliere una lacuna del regolamento, che diede luogo a molteplici discussioni.

Con cordiali saluti

Roma, 15 luglio 1913.

Il Presidente:
A. GUZZONI DEGLI ANCARANI.

Il Segretario:
A. GAROFALO.

Avvertenza. — Si prega di voler prendere buona nota del nuovo indirizzo della Federazione: *Roma, Foro Traiano*, 1.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE

(3981) *Aspettativa per motivi di salute - Congedo.* — Il Dott. O. G. da M. chiede conoscere se essendo da poco ritornato in residenza dopo un anno di aspettativa per ragione di salute, gli competa il mese annuale di congedo.

Se trattasi di vera e propria aspettativa per infermità e non di congedo straordinario per malattia, crediamo che ben possa, durante l'anno, godere del mese di congedo, che viene accordato agli altri colleghi di condotta.

Comprenderà di leggieri che nella ipotesi di congedo straordinario con percezione dell'intero stipendio non potrebbero essere maggiormente aggravate le condizioni del Comune con l'onere di una prolungata sostituzione.

(3982) *Pensioni.* — Il Dott. P. C. Abbonato 4591, desidera conoscere la legge che regola le pensioni dei medici condotti e se servendo presso due opere pie da cui rispettivamente riceve l'annuale compenso di lire 300 e 600, abbia doppio obbligo di iscrizione.

La legge che regola il servizio delle pensioni è costituita dal testo unico approvato con regio decreto 2 gennaio ultimo, n. 453. Fu pubblicato nel n. 170 della *Gazzetta ufficiale.* Ne faccia ricerca nella locale casa comunale. Se le opere pie presso cui presta servizio hanno reddito netto inferiore alle lire 5000 annue, non ha obbligo di iscrizione nè per l'una nè per l'altra.

Se la seconda ha reddito superiore a tale cifra ha per essa obbligo di iscrizione.

Ella deve in ogni caso pagare dal giorno di adesione alla Cassa, ma agli effetti della pensione non potrà mai cumulare i servizi contemporaneamente prestati presso i due enti.

(3983) *Farmacie.* — Il Dott. P. P. da L. desidera conoscere se una Società operaia di mutuo soccorso può essere autorizzata a mantenere ed esercitare una farmacia pei soci.

Se la Società operaia di cui Ella parla è eretta in ente morale può ben essere autorizzata a mantenere ed esercitare una farmacia pei soci. L'autorizzazione per tale farmacia non è subordinata allo esperimento del concorso nè alla entità della popolazione od alla preesistenza di altre farmacie.

(3984) *Ufficiale sanitario - Corrispondenza epistolare e telegrafica.* — Al Dott. S. P. da S. M. che ci interpella su tale argomento rispondiamo che l'ufficiale sanitario può corrispondere in franchigia a mezzo di lettere e di telegrammi col Medico provinciale, col Prefetto, col Sotto-prefetto e col Sindaco. Sulle lettere dovrà porre la sua qualità ed il bollo di ufficio. Pei telegrammi dovrà usare lo speciale modulo rosso e porre a margine il bollo di ufficio con la parola *Stato* seguita dalla sua firma.

(3985) *Case di salute.* — Il Dott. abbonato n. 7027 desidera conoscere quali pratiche bisogna fare per aprire una casa di salute chirurgica.

Chiunque vuole aprire e mantenere in esercizio un istituto di cura medico-chirurgica deve ottenere l'autorizzazione del Prefetto sentito il Medico provinciale ed il Consiglio provinciale di sanità.

Il Prefetto ricevuta la domanda farà, secondo i casi, visitare a spesa dello interessato i locali. Contro il provvedimento del Prefetto si può ricorrere al Ministero. Tutti gli stabilimenti pubblici e privati dovranno avere un regolamento proprio sul servizio igienico e sanitario. L'approvazione di questi regolamenti è delegata al Prefetto sentito il Consiglio provinciale sanitario.

(3985 *bis*) *Pensioni - Congedo.* — Il Dott. abbonato n. 7623 desidera conoscere: 1° se in seguito a nuova nomina, avendo riassunto servizio in un Comune, possa cumulare agli effetti della pensione il servizio precedentemente prestato; 2° se abbandonando il servizio dopo dieci anni possa ottenere alcun rimborso dalla Cassa pensioni; 3° se durante un congedo straordinario per ragioni di studio abbia diritto a percepire lo stipendio.

Si può agli effetti della pensione cumulare il servizio prestato successivamente in uno o più comuni.

Se si lascia il servizio dopo soli dieci anni non si ha diritto a pensione nè ad indennità.

Avendo usufruito di un congedo straordinario per ragioni di studio non ha diritto alla supplenza gratuita durante il medesimo.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ASCOLI PICENO. *Ospedale civile « Costanzo Mazzoni ».* — Assistente medico-chirurgo, L. 120 mensili nette, abitazione, ecc. Rivolgersi alla Direzione non più tardi del 31 agosto.

BASSIANO (*Roma*). — Al 31 agosto condotta per la generalità; L. 3883.50 lorde e L. 100 quale U. S.

BROGLIANO (*Vicenza*). — Medico a condotta piena; L. 4,800 ed alloggio. Scad. 31 agosto.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — A tutto il 31 agosto (salvo proroga) due condotte del capoluogo e della frazione di Civitella; lorde L. 3500, senza obbligo cavalcatura. A richiesta si spedisce il bando.

CARPANETA DOSIMO (*Cremona*). — Condotta libera; L. 3000 nette e due sessenni, L. 100 quale U. S. e L. 500 per mezzi di trasporto. Ab. 1513, dei quali 1439 poveri. Scad. 31 agosto.

CARPIGNANO SALENTINO (*Lecce*). — Medico-chirurgo per Serrano. Stipendio lordo L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale. Chiusura 30 settembre.

CASTELL'ALFERO (*Alessandria*).—Ab. 3074. L. 200 per 400 poveri (comprese L. 300 uff. san.), tre sessenni, alloggio, congedo ordinario. Scade 10 settembre, assunzione del servizio dopo 15 giorni dalla partecipazione della nomina.

CASTEL SAN PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — 4ª condotta; abit. 1685 e 66 poveri; L. 3000 pei soli poveri, lorde; tre sessenni; L. 600 d'indennità cav.; alloggio. Servizio entro 15 giorni dalla p. di nom. Scad. ore 18 del 3 sett.

CASTIGLIONE TINELLA (*Cuneo*). — Condotto; L. 1700 e L. 100 quale U. S. Scad. 31 agosto.

CHIETI. *Congregazione di Carità*. — Due posti di assistente nel reparto chirurgico dell'Ospedale civile, per laureati da non oltre tre anni. Stipendio annuo L. 1500 nette, alloggio, illuminazione, riscaldamento ed altri proventi eventuali. Nomina biennale. Scadenza 31 agosto.

CISANO SUL NEVA (*Genova*).— A tutto il 10 settembre concorso di medico condotto e ufficiale sanitario del Consorzio con Castelbianco; L. 1800.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*).— L. 3000 cura piena quattro sessenni. L. 200 uff. san., L. 120 arm. farm., ab. 2000. Scade 25 settembre.

CLUSANE SUL LAGO (*Brescia*). — Consorzio con Colombaro-Timoline; L. 4000 aument. Scadenza 31 agosto.

CORTENOVA AL PIANO (*Como*). — Condotto; L. 3400. Prorogato al 30 agosto.

FIUMEFREDDO BRUZIO (*Cosenza*). — Medico condotto per San Biase; lorde L. 1500. Scade 30 agosto.

GIOVE (*Perugia*). — Condotta; L. 2500 pei poveri, L. 500 per gli abb. e L. 100 quale U. S., nette di tassa R. M.; due sesseuni su L. 2500; esenzione cav. Assunzione del servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Scad. 31 agosto.

* GUILMI (*Chieti*). — Condotta per la generalità; L. 2900. Ab. 1899, famiglie pov. 38. Scad. 31 ag.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — A tutto il 15 settembre concorso pel 2° medico condotto; L. 2500 lorde delle quali L. 1200 per la cura dei poveri e L. 1300 abbienti.

* LUGO (*Ravenna*). — Condotta di San Bernardino. Scade il 31 agosto. Vedi fasc. 33.

MANCIANO (*Grosseto*). — Condotta per Saturnia a tutta cura (1300 ab.); L. 3000 lorde con sei trienni del ventesimo, L. 500 per cav. e L. 180 per a. f. Scad. 30 ag.

* MARA (*Sassari*). — Medico; L. 2500 lorde, obbligo di residenza. Scad. 31 agosto.

MARMENTINO e IRMA (*Brescia*). — L. 3200 con alloggio e orto, ab. 1100, condotta comoda, sessenni, buona popolazione. Scade 31 agosto.

MASSIOLA (*Novara*). — Condotto dell'Opera Pia Piana Bartolomeo per 7 Comuni: L. 3500 nette. Ab. 2570 in montagna. Scad. 31 agosto

MODENA. *Congregazione di Carità*. — Due medici chirurgi assistenti. Vedi fasc. 33. Scad. ore 15 del 31 agotto.

MONFORTE D'ALBA (*Cuneo*). — Medico-chirurgo consorziale; L. 1600 pei soli poveri (30 famiglie circa). Scad. 31 agosto.

MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — M. Condotto, U. S. e necroscopo; L. 1500 e conveniente alloggio, cura poveri (150 circa su 1689 abit.). Scad. 31 ag.

NAPOLI. — Concorso a 4 posti di Medici assistenti pel biennio 1914-915, fra laureati nel biennio 1911-912, nell'Ospedale di Santa Maria la Vita; non più di 30 anni. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del R. Albergo dei Poveri.

NOVARA. *Ospedale Maggiore della Carità*. — Direttore Medico Schiarimenti dall'Ammin. Proroga al 31 agosto.

OLMEDO (*Sassari*). — Condotto; L. 3000 nette, nomina subordinata decisioni G. P. A. Scadenza 30 settembre.

ORISTANO (*Cagliari*). — Condotto per i poveri; L. 2000 aument. Scad. 4 settembre.

* PIANDICASTELLO (*Pesaro* e *Urbino*). — Al 10 settembre conc. a medico-chirurgo; L. 3500 lorde; cav. gratuito; abitazione; terreno; esente tasse comunali. Ab 926. Servizio entro 20 giorni.

PIANZANO (*Roma*). — Condotta; L 2600 pei poveri, L. 1000 per gli abbienti, lorde; L 120 se uff. san. Ab. 2400. Ospedale con ambulatorio. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Scad. 31 agosto.

POVEGLIANO VERONESE (*Verona*). — Medico condotto per i soli poveri (circa 1000); L 3700 aument. Scad. 31 agosto.

RANZANICO-BIANZANO (*Bergamo*). — Medico-chirurgo consorziale; ab. 1602; nessun obbl. cav.; L. 3500 lorde, tre sessenni, alloggio. Scadenza 10 settembre.

ROMA. *Ministero della istruzione pubblica*. — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROVESCALA (*Pavia*). — Abitanti 2264. Condotta residenziale. Stipendio per i poveri L. 2500 lorde più 100 ufficiale sanitario. Assicurazione infortuni. Scade 6 settembre.

SAMBENEDETTO DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — Concorso per la nomina del chirurgo primario, direttore dell'Ospedale. Stipendio L. 4000 aumentabile per tre sessenni consecutivi. Scadenza 10 settembre. Età non superiore ai 40 anni.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª Condotta, al 15 settembre; cura piena, zona esclusivamente di campagna; L. 3000 nette di R. M., di cui tre quinti pei poveri; rifornimento cavalc. Assicurazione infortuni.

SARMEDE (*Treviso*). — Medico; Lire 4000, L. 100 quale U. S., compenso per eventuale a. f., oltre la raccolta graziosa del fieno. Scad. 31 agosto.

SCAPOLI (*Campobasso*). — Condotta; L. 2400 per la generalità e L. 100 quale u. s.; L. 200 aumentabili dalla Congregazione di carità. Chiedere l'avviso. Età massima 45 anni, s. e. r. Scad. 40 giorni dal 1° agosto.

SERRANO (*Lecce*). — Al 30 settembre. Stipendio L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale Carpignano.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — 3° Riparto, cura poveri; L. 3300 lorde e tre quinquenni del decimo; L. 700 per cavalc. Servizio entro 15 giorni. Scad. 12 settembre.

SONCINO (*Cremona*). — Fraz. Gallignano, ab. 1613 L. 2700 per 1200 poveri, tre sessenni, indennità varie L. 600. Scade 15 settembre.

STIA (*Arezzo*). — 2ª condotta, ab. 1200, di cui 32 a cura gratuita; L. 3200 lorde, di cui 2500 pei poveri, con due sessenni, e L. 700 per cavallo. Assunzione all'ufficio entro 10 giorni. Scad. ore 17 del 30° giorno dal 7 agosto.

TEGLIO (*Sondrio*). — 3° riparto (San Giacomo-Casona); L. 4000 cura piena. Scad. 28 agosto.

TIGNALE-LAGO DI GARDA (*Brescia*). — Condotta per la generalità; L. 3500 aument. Scad. 31 agosto.

TRADATE (*Como*). — Condotta piena con Lonate e Torba; L. 3350 lorde e tre decimi, L. 500 per mezzo trasp., ecc. Vedi fasc. 33. Scad. 31 ag.

TREDOZIO (*Firenze*). — Condotta di Levante; L. 3700, cura piena, L. 600 per cavalc. e 2 sessenni. Ab. 2000 Non più di 35 anni, s. e. r. Scad. 31 agosto.

TREVI NEL LAZIO (*Roma*). — L. 3280 e inoltre L. 100 U. S. e L. 400 arm. farm.; 21-40 anni, s. e. r. Scad. 30 agosto.

TRINO (*Novara*). — Condotta per Grangie. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 agosto.

VALGREGHENTINO (*Como*). — Consorzio; L. 4000, cura piena, ab. 2247. Scad. 31 agosto.

Medico-chirurgo-ostetrico pratico condotta, biennio perfezionamento clinica, accetterebbe buon interinato da Settembre. Scrivere Dott. De Cicco; Campomarino (Campobasso).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane

Diffide e boicottaggi.

Ci si comunica:

« La Sezione di Novara dell'Ass. Naz. dei M. C. ricorda a tutti i medici, organizzati o meno, che il posto di medico del Consorzio sanitario privato di Galliate è e rimane diffidato e boicottato; che è assolutamente falso che il Consiglio superiore di sanità abbia approvato la costituzione di esso, come, con evidente malafede, venne inserito nell'avviso di concorso pubblicato sui giornali *La Stampa* di Torino e *Corriere della Sera* di Milano; e che ben quattro colleghi si allontanarono in poco più di un anno dalla sua costituzione. Invita pertanto tutti i colleghi d'Italia ad astenersi dal concorrervi, nè accettare il servizio anche in via provvisoria, rendendosi solidali con questa Sezione e con tutti i colleghi della provincia di Novara ».

« Nel n. 33 del vostro giornale giuntomi stamane nella Rubrica « Revoca di diffide » leggo una notizia che prego di subito correggere.

Al Comune di Fermo (Ascoli) non è stata punto tolta nessuna delle diffide proclamate da questa Sezione, diffide che rimangono invece nel loro pieno vigore.

Il presidente della sez. circ. di Fermo dell'A. N. M. C.: dott. Valenti Paolo, Porto S. Giorgio ».

Nomine, promozioni e onorificenze.

Al prof. sen. Tommaso Senise è stato conferito da S. M. il Re *motu proprio* il Gran Cordone dei SS. Maurizio e Lazzaro.

ROMA. — Sono stati compiuti gli esami per l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo.

La Commissione esaminatrice, composta dei professori Alessandri, Galli, Micheli, Di Vestea, Basile, Grimaud, Grimani, ha approvato i seguenti candidati:

Luigi Allegri, Antonio Anania, Tito Angeloni, Carlo Arienti, Cesare Avegno, Alceste Bartolini, Carlo Bassoni, Gaetano Boffi, Vincenzo Cagnetta, Filippo Carfì Pavia, Angelo Cenciarini, Lorenzo Cherubini, Domenico Coccoli, Raffaele Corsino, Antonio Cosentino, Arcangelo Creazzo, Ugo Daretti, Fernando David, Israele De Benedetti, Alessandro De Rubertis, Fausto Faggioli, Pietro Fantozzi, Roberto Faravelli, Carlo Ferranti, Edmondo Ferretti, Vincenzo Franchina, Mario Goria, Alfio Grasso, Eugenio Greco, Giovanni Guizzoni, Michele Lanza, Domenico Liotta, Ulisse Massi, Enrico Masucci, Claudio Mercuri, Guido Mezzetti, Saverio Montano, Giulio Paolucci, Ugo Piccinini, Luigi Pignataro, Gustavo Raimoldi, Tommaso Russo, Antonio Sebastiani, Alfio Sgalambro, Teodoro Soldi, Rodolfo Ugolini, Felice Zanelli, Paolo Zeri.

FIRENZE. — Il prof. Maestro Leone è autorizzato a trasferire da Padova a Firenze la libera docenza in clinica pediatrica.

GENOVA. — Il dott. Boggio Piero è abilitato alla libera docenza in odontoiatria.

PALERMO. — Il dott. Baviera Vincenzo è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

PARMA. — Il dott. Viterbi Achille è abilitato alla libera docenza in clinica oculistica.

PAVIA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Da Gradi Antonio in clinica medica e semeiotica; Morone Giovanni in clinica chirurgica; Brugnatelli Ernesto in patologia generale.

SIENA. — Il prof. Sacerdotti Cesare, ordinario di patologia generale a Cagliari, è trasferito col suo consenso a Siena.

Il dott. Crosti Francesco è abilitato alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria.

BERLINO. — Il prof Friedberger è nominato capo di reparto all'Istituto farmacologico.

MANILA. — Il prof. Attilio Caccini, già medico negli ospedali di Roma, è stato nominato, in seguito a concorso, professore di patologia all'Università.

MINNEAPOLIS. — Alla presidenza dell'Associazione Medica Americana è stato eletto il professore Victor Clarence Vaughan, il noto chimico fisiologo.

PARIGI. — Al corso complementare di studi coloniali di parassitologia patologica il Collegio di Francia ha designato: 1° il dott Nattan Larrier, già capo di laboratorio alla Facoltà di medicina, assistente all'Istituto Pasteur; 2° il dottor Tanon, preparatore all'Istituto di medicina.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Intorno al Congresso di Londra.

Il Congresso internazionale che oggi si è chiuso non ha scritto per l'Italia come nazione una bella pagina, malgrado l'universale ammirazione che singolarmente hanno destato le importanti comunicazioni dei professori italiani.

Nei giorni che precedettero immediatamente il Congresso, si cercava invano un vestigio qualunque che avesse ricordato l'Italia e il suo idioma che pure era stato ammesso fra le lingue ufficiali: gli avvisi, i programmi, le indicazioni di tutti i generi erano scritte soltanto nelle altre tre lingue ufficiali: l'inglese, il francese, il tedesco.

Dell'Italia nessun accenno, o, per essere più esatti, un solo accenno nell'invito fatto ai congressisti di fregiarsi di minuscole bandierine attaccate a degli spilli, e di colore diverso a seconda della lingua parlata dal congressista. Tra gli altri colori era indicato il verde per l'italiano: però oltre al bianco, rosso e bleu rispettivamente per l'inglese, il francese e il tedesco, era indicato anche il giallo per lo spagnolo e il rosa per il russo. Come si vede l'ufficialità delle lingue non c'entrava, si trattava semplicemente di facilitare i rapporti tra i congressisti.

Il Comitato italiano non aveva un locale per le sue riunioni, mentre i Comitati di tutte le altre nazioni, comprese le più piccole, quali il Portogallo, la Danimarca, ecc., disponevano di locali propri.

Insomma nei primi giorni i medici italiani avvertivano a Londra quel senso di sconforto che si prova quando in terra straniera la patria non conserva quel posto meritatamente rispettato e rispettabile che ogni cuore di italiano anela di augurare e di augurarsi.

È stato un affronto che gli inglesi hanno voluto fare all'Italia? Assolutamente no! La grande cordialità delle accoglienze, la finezza e la compitenza dell'ospitalità degli inglesi, la premura meticolosa nel volersi rendere benemeriti dei loro ospiti, tendono ad allontanare questa idea. Ad escluderla del tutto basta il fatto che con relativa facilità si è ottenuto tutto quello che all'ultima ora si poteva ottenere non appena il prof. Bianchi, arrivato a Londra alla vigilia del Congresso, quale rappresentante del nostro Governo, fece notare al Comitato direttivo i vari inconvenienti. Come d'incanto tutti i diritti spettanti all'Italia furono con piacere riconosciuti, e la lingua italiana da allora ebbe il suo posto accanto alle altre tre lingue ufficiali.

Ma allora, si potrebbe domandare, perchè non ci si era pensato prima? La risposta non saprei darla. Probabilmente il Comitato italiano (1) aveva fiducia che il Comitato centrale avrebbe coscienziosamente e fedelmente provveduto anche agli interessi degli italiani, e forse non aveva inteso la necessità di insistere efficacemente e davvicino perchè i nostri interessi fossero stati rispettati in modo adeguato. D'altronde il Comitato inglese, dato un Congresso così colossale che contava più di 7000 aderenti, non poteva pensare all'interesse dei singoli: chi non parla vuol dire che è soddisfatto di quel che gli è toccato.

Gli altri Comitati invece furono più attivi e curarono direttamente i propri interessi. Il Comitato francese, per esempio, cominciò molto tempo prima della data del Congresso a preparare un' organizzazione perfetta. Le relazioni affidate a professori francesi erano più di una trentina: ma alla Germania ne erano state assegnate 4 o 5 di più. E allora agitazioni, proteste, viaggi a Londra da parte dei francesi, finchè il numero delle relazioni pei francesi fu aumentato. Agli italiani ne furono affidate pochine: si possono contare sulle dita di una mano e rimane ancora del posto; e noi quieti come olio. I giornali di medicina francesi già da molto tempo avevano pensato di stimolare i medici francesi ad intervenire, a far delle comunicazioni, a costituirsi in Sottocomitati, e l'invito ebbe un'eco favorevole in tutta la Francia e nelle sue colonie.

Quali le conseguenze di questo lavorio? Che la Francia al Congresso tenne il primo posto per numero dopo gli inglesi, che il maggior trionfo tra i rappresentanti dei Governi fu quello del Landouzy, perchè a questo trionfo contribuiva non solo la sua personalità scientifica che pure è eccelsa, ma principalmente l'applauso scrosciante dei suoi connazionali. E nelle sedute plenarie, tutti lo sanno, gli applausi tirano applausi, e il trionfo con una simile messa in iscena, diventa più imponente. E nelle comunicazioni, e nelle riunioni e in ognuna delle manifestazioni del Congresso, il trionfo della Francia era sempre appariscente e impressionante . . .

. . . .

Fra quattro anni un altro Congresso internazionale di Medicina si riunirà a Monaco di Baviera. Dopo che la lingua italiana è stata ammessa come lingua ufficiale al Congresso di Londra, non ci potranno essere ragioni serie perchè debba essere esclusa in un Congresso che si terrà in Germania. Che l'Italia si presenti bene al Congresso di Monaco, e sull'ammissione

(1) Per verità, finora non ha mai esistito in Italia un Comitato per i Congressi internazionali. È istituzione recente e speriamo riesca ad eliminare per l'avvenire i danni che hanno pesato sul nostro paese. (*N. d. R.*).

della lingua italiana nei futuri Congressi internazionali non si disputerà più.

Occorre però che il lavorio e l'organizzazione comincino molto per tempo, in modo che in queste feste della scienza l'Italia degli scienziati si mostri quale realmente è, non quale molti stranieri amano ingiustamente farla vedere. Ma per ottenere questo è necessario che il futuro Comitato italiano, istruito dall'esempio recente, sia energico attore, non spettatore passivo.

C'è chi per la grandezza della patria nel campo delle armi fa il sacrifizio della vita: per la dimostrazione della grandezza d'Italia nel severo campo degli studi medici, occorrono sacrifizi molto minori!

Londra, 12 agosto 1913.

Dott. SALVATORE GUCCIARDELLO.

NOTIZIE DIVERSE

XIV Congresso internazionale contro l' alcoolismo.

Nel 1911, il XII Congresso internazionale contro l'alcoolismo, riunito all'Aja, accettava con unanime consenso l'invito della città di Milano e fissava ivi la sede del futuro Congresso.

Questa decisione è per l'Italia di una speciale importanza. E' la prima volta che le rappresentanze delle forze antialcoolistiche del mondo intero si riuniscono in un paese schiettamente viticolo ed in cui enormi interessi individuali e statali sono legati alla produzione ed al commercio del vino. D'altra parte l'Italia stessa è nella necessità urgente di provvedere all'invadente alcoolismo e di pensare in tempo a sostituire nella utilizzazione delle sue uve quei metodi che, dando luogo a prodotti non fermentati, abbiano da una parte a diminuire la spinta alla intossicazione delle sue masse, dall'altra a metterla in grado di continuare a trarre dalle sue uve un conveniente vantaggio.

E' perciò che appena le varie società antialcooliste che si erano fatte rappresentare all'Aja ebbero costituito il Comitato a cui affidare la preparazione del Congresso, quanti furono invitati a dare la loro adesione risposero entusiasticamente. Il ministro degli esteri diramò a tutti i Governi l'invito di mandare i loro rappresentanti al Congresso ed ebbe quasi unanimi risposte affermative. Il Comune, la Provincia, il Prefetto di Milano, il ministro della Real Casa, concedendo la Villa Reale come sede del Congresso, diedero immediatamente il loro appoggio, cosicchè si può dire che l'intera Nazione è rappresentata con le sue forze migliori nei Comitati che presiedono ai lavori.

Il Congresso verrà inaugurato lunedì 22 settembre, con una conferenza sulla patologia dell'alcool, del prof. Ettore Marchiafava.

Seguiranno, fino a sabato 27 settembre, numerose relazioni con relative discussioni.

Ci limitiamo a registrare le seguenti:

« Decadenza morale provocata dall' alcool ». Relatori: prof. dott. J. van Rees, Hilversum (Olanda); J. Turner Rae, Londra (Inghilterra). Oratori di discussione: dott. Saleeby, Londra (Inghilterra); dott. Francesco Ferrari, Milano; ecc.

« Cura dei bevitori ». *a*) Lato medico. Relatore: dott. Legrain, Villejuif presso Parigi (Francia). Oratore di discussione: dott. Danitsch, Belgrado (Serbia). *b*) Lato pratico. 1. Mediante la società. Relatore: A. Monod, Parigi (Francia). Oratore di discussione: Padre String, Heidhausen (Germania). — 2. Mediante gli asili di cura. Relatore: dott. Delbrück, Ellen presso Brema (Germania). Oratore di discussione: dott. Andresen, Oerje (Norvegia). — 3. Mediante i patronati. Relatore: prof. J. Gonser, Berlino (Germania). Oratore di discussione: G. von Koch, Stoccolma (Svezia).

« L'alcoolismo in Italia ». Relatore: Direzione Generale di sanità pubblica, Roma. Oratori di discussione: dott. Paolo Arnaldi, Firenze; professore David Levi Morenos, Venezia; dott. Alessandro Schiavi, Milano.

« Il movimento antialcoolico internazionale ». Relatore: dott. Bergman, Stoccolma (Svezia).

Durante la settimana del Congresso, il dott. Popovic di Belgrado, che ha preso parte all'assedio di Adrianopoli, terrà una conferenza sull' « alcool nella guerra balcanica ». Il dott. Holitscher di Pirkenhammer terrà un conferenza sull' « alcool e la tubercolosi ».

Il Comitato ha pure accolto l'iniziativa di presentare, durante il Congresso e nei medesimi locali, una *Esposizione* delle uve, dei prodotti analcoolici che se ne possono derivare e dei mezzi più razionali e pratici per ottenerli.

Interessanti gite e ricevimenti, come pure grandissime facilitazioni di viaggio, sono annunciati in occasione del Congresso ed il Comitato fornirà inoltre a tutti gli aderenti, le opportune indicazioni per alloggi e vitto a prezzi assolutamente convenienti.

Durante il Congresso sarà pure organizzata una gita sul lago di Como. Inoltre, avendo la la Società Cooperativa per l'esportazione dei prodotti vinicoli del Trentino invitato i congressisti a visitare i suoi impianti per la produzione dei mosti concentrati a freddo, si effettuerà, alla fine del Congresso, una gita sul Garda ed a Trento.

Il Comitato organizzatore è presieduto dal dott. Angelo Filippetti; ne è segretario generale il dott. Francesco Ferrari. La presidenza onoraria è affidata al sen. dott. Malachia de Cristoforis.

Il Congresso italiano di tecnica manicomiale.

Ai primi di maggio del prossimo anno si terrà in Genova, in occasione della Esposizione Coloniale e Marinara, il primo Congresso italiano di tecnica manicomiale, promosso dalla Rivista « Quaderni di Psichiatria ». Presidente del Comitato esecutivo è Enrico Morselli; segretario generale il dott. M. U. Masini.

Congresso internazionale per lo studio del cancro.

Si è adunato negli scorsi giorni a Bruxelles. L'Italia era rappresentata dal prof. Gaetano Fichera, il quale ha sostenuto il proprio indirizzo e fatto valere le ricerche degli studiosi italiani. Egli è stato fatto segno a vive manifestazioni di stima e simpatia.

Comitato italiano per gli studi di Eugenica.

La Società Romana di Antropologia ha preso la deliberazione di organizzare un Comitato italiano per gli studi di Eugenica, ed ha affidato il compito di costituirlo a una Commissione della quale fanno parte i proff. Giuseppe Sergi, presidente, Corrado Gini, Giovanni Mingazzini, Alfredo Niceforo e il dott. Umberto Saffiotti, segretario.

Scopo del Comitato sarà quello di studiare i fattori che possono determinare il progresso o la decadenza delle razze, sia sotto l'aspetto fisico, sia sotto quallo psichico, eseguendo ricerche sulla eredità normale o patologica dei caratteri, sull'influenza dell'ambiente, del regime di vita dei genitori, sul carattere dei figli, sulla importanza delle condizioni momentanee dell'organismo all'atto della riproduzione, sull'influenza del regime di vita o di ambiente in cui si sviluppa il nuovo organismo, ecc.

Le adesioni si ricevono presso la Società Romana di Antropologia, via del Collegio Romano, 26, Roma.

Congresso regionale.

Il Congresso ordinario annuale dell'Associazione Sanitaria regionale dei circondari di Frosinone, Velletri e comuni limitrofi si terrà quest'anno a Piperno il giorno 10 del prossimo venturo mese di settembre e sarà inaugurato alle ore 10.30 nell'aula del Consiglio Comunale gentilmente concessa.

Parteciperanno al Congresso anche le levatrici della regione che l'Associazione si è proposta di raccogliere sotto la sua bandiera per cercar di migliorare le sorti di queste ingiustamente neglette professioniste le quali da gran tempo attendono la loro redenzione.

Onoranze a Bartolomeo Eustachio.

Nella ricorrenza del IV centenario della nascita del grande concittadino B. Eustachio, principe dell'anatomia, sotto la presidenza onoraria del ministro della pubblica istruzione on. Credaro, dal 7 al 25 settembre p. v. si terranno a San Severino Marche grandi festeggiamenti. Contemporaneamente verrà commemorato il centenario verdiano.

Oltre ai pubblici divertimenti vi sarà nei giorni 14, 15 e 16 settembre un Congresso medico marchigiano, con intervento di spiccate personalità della scienza.

Segretario del Comitato e del Congresso sarà il sig. N. Crivelli.

Elargizioni e lasciti.

La famiglia del comm. Saverio Parisi, a dimostrare la sua riconoscenza per le vive, cortesi, affettuose premure della città di Anzio e della sua rappresentanza comunale in occasione della triste aggressione che tanto ha commosso l'opinione pubblica, ha disposto l'elargizione della somma di lire 20,000, da ripartirsi come segue: lire 14,000 per l'ampliamento dell'Ambulatorio Confalonieri, dove è stato ed è tutt'ora amorevolmente curato l'avv. Alessandro Parisi, e lire 6000 a beneficio delle famiglie povere dei marinai di Anzio.

Su l'ambulatorio Confalonieri, ora di un solo piano e ristretto, verrà così edificato un secondo piano, per modo che Anzio sarà dotato di un vero e proprio piccolo ospedale moderno.

La signora Luigia Cibils vedova Remus, di anni 73, originaria spagnuola ma da molti anni risiedente a Genova, ha lasciato 100,000 lire in favore dell'ospedale San Martino, di questa città.

Per una condotta medica.

Nel giugno del 1912 il comune di Soriano nel Cimino bandiva un concorso per titoli al posto di medico condotto per il capoluogo con lo stipendio annuo di 5000 lire.

Al concorso si presentarono i dottori Alessandro Sensi e Mariano Cappelli i quali, nei termini fissati, presentarono i titoli secondo le condizioni stabilite nel bando.

Erano nell'attesa dell'esito, quando nell'ottobre vennero loro restituiti i documenti con una lettera del sindaco, il quale dichiarava che la non ammissione al concorso era dovuta ad una questione formale di piccola entità.

Si osservava al dott. Sensi che era stata fatta una correzione nella data del certificato di buona condotta e al dott. Cappelli che mancava la legalizzazione della firma del sindaco nel certificato di sana costituzione.

La esclusione del Sensi e del Cappelli portò alla conseguenza della nomina del dott. Luigi Vinciguerra.

Contro tali provvedimenti essi hanno fatto ricorso alla quarta sezione del Consiglio di Stato.

Le ragioni dei ricorrenti si possono così riassumere: illegittimità dei provvedimenti impugnati perchè aventi base su presupposti di fatto del tutto inesistenti ed erronei; eccesso di potere e violazione delle vigenti norme e disposizioni in materia di concorso; violazione dello stesso bando di concorso.

La sentenza si avrà fra giorni.

L'igiene negli uffici pubblici.

Una importante sentenza è stata emessa dalla Corte d'Appello Civile di Roma in tema di responsabilità per le condizioni antigieniche dei locali ad uso di pubblici uffici.

L'impiegato Ambrogio Pelle, ammalatosi di reumatismo articolare e di cheratite interstiziale mentre lavorava nell'ufficio bagagli della stazione Roma-Termini, convenne in giudizio le Ferrovie di Stato reclamando un compenso in danaro dei danni da lui subiti per il fatto che aveva prestato servizio in un locale molto umido.

Il Tribunale accolse la domanda, ma le Ferrovie ricorsero in appello.

Ora la Corte ha confermato la decisione dei primi giudici, opinando che sebbene le pubbliche Amministrazioni usino di un potere discrezionale nello scegliere e nel destinare gli uffici, pur tuttavia debbono sempre rispondere dei danni che nell'esercizio di tale facoltà infliggono alla salute dell'impiegato Perchè la salute è un bene patrimoniale, tutelabile con i mezzi ordinari come ogni altro bene, sopra cui non è ammissibile discrezionalità, onde la relativa azione, come quella che si svolge al di fuori del campo amministrativo, è esperibile innanzi l'autorità giudiziaria. E i danni sono dovuti anche nel caso che all'impiegato venga liquidata la pensione di favore. Relatore il consigliere cav. Caretto.

Per la cura del cancro.

A Francoforte sul Meno sono state raccolte tra ricchi privati oltre 200,000 lire per l'acquisto di « radium » da usare nella cura del cancro. In ottobre si avranno i primi duecento milligrammi già commissionati a Londra e verrannomessi a disposizione dell'ospedale municipale.

Nuovi acquedotti.

Sono stati inaugurati negli scorsi giorni, gli acquedotti per la città di Livorno e di Santa Maria Capua Vetere, alimentati rispettivamente dalle acque del Serchio e del Serino.

Un purgante che avvelena.

A Roma il portinaio Francesco Raineri, dopo aver bevuto della limonea purgativa Rouget, venne subito colto da sintomi di avvelenamento.
Al Policlinico Umberto I il sanitario di guardia lo sottopose ad una energica lavanda gastrica e lo trattenne in osservazione.
La bottiglia contenente un residuo di limonata Rouget fu sequestrata.

Infortunio di un medico.

Il dott. Zurra Martino di Torino, di anni 44, venne investito da un'automobile che si allontanò rapidamente. All'ospedale di San Giovanni gli furono riscontrate frattura della gamba destra e una ferita al capo, giudicate guaribili in 90 giorni.

Un medico aggredito.

A Londra il medico della carcere di Holloway è stato assalito e percosso da un gruppo di suffragette le quali hanno voluto certo vendicarsi dell'alimentazione forzata a cui egli sottoponeva le loro compagne ospitate nel carcere.

Suicidio di un medico.

A Mercate (Lecco), nella casa di salute di San Rocco, si è suicidato il dott. Gioacchino Avesani da Verona, ricoverato colà per una acuta nevrastenia (?). In un accesso terribile del male, approfittando della momentanea assenza dell'infermiere, il dottore si rinchiudeva nella propria camera e mandava ad effetto il suo triste divisamento.

Viaggio di studio dei sanitari Italiani a Lourdes.

Questo viaggio, riservato esclusivamente ai sanitari italiani, con.entirà di raccogliere il parere di illustri scienziati sugli oscuri fenomeni di Lourdes. All'iniziativa hanno già aderito illustri personalità mediche. La parte scientifica verrà affidata ad una Commissione di illustri sanitari. Gli atti ufficiali, i rilievi e le constatazioni, i discorsi, ecc., verranno pubblicati in volume e tradotti in più lingue.
Partenza da Ventimiglia, ritorno per Modane e visita di Marsiglia, Bordeaux, Parigi e Lione dal 5 al 15 settembre al prezzo individuale di lire italiane 290, compreso il viaggio di andata e ritorno in seconda classe, la pensione completa, gli omnibus. ecc. Il viaggio si compierà raggiunto il minimo di 25 adesioni. Non si accetteranno iscrizioni oltre il numero di 50, non potendosi viaggiare altrimenti con treni « Express ». Le iscrizioni si ricevono a tutto il 30 agosto.

Per schiarimenti e programmi dirigersi all'« Agenza internazionale viaggi economici », via Cavour 6, Roma.

Iniezioni ipodermiche di champagne.

A Buenos Aires il chirurgo inglese O' Connor ha usato contro gli stati di collasso lo champagne per iniezioni ipodermiche nella dose di 500 gm. che si può ripetere dopo sei ore. Avrebbe ottenuto risultati superiori a quelli dati dall'etere, dall'olio canforato o dalla caffeina.

Sonno elettrico.

Il prof. Stefano Leduc di Parigi ha esteso all'uomo con buoni risultati le sue esperienze dirette a ottenere il sonno per mezzo della corrente faradica. Vi si sono assoggettati alcuni suoi allievi e lo stesso autore. Si pensa alla possibilità di surrogare questa narcosi a quella indotta dall'etere e dal cloroformio.

La città senza appendici.

Secondo una notizia pubblicata dal « Daily Telegraph », la cittadina di Colebrook, nel New Hampshire (Stati Uniti d'America), merita l'epiteto di « città senza appendici »: infatti dei suoi tremila abitanti, oltre duecento hanno subito l'appendicectomia, e le operazioni si susseguono quasi regolarmente in ragione di due ogni settimana. Colebrook conta di poter presto stabilire un « record » mondiale e di avere tutta la sua popolazione priva delle appendici vermiformi. La maggior parte delle persone che sono ricorse al bisturi sono assai ricche e il fatto di aver trascorso quindici giorni all'ospedale sembra aver conferito loro uno speciale prestigio, del quale vanno fierissime.
Le persone di buon senso non possono certo approvare questi *exploits* del bisturi....

Da parecchio tempo il dott. Arnaldo Angelini, presidente della nostra Associazione sanitaria regionale, trovasi malato per una « infezione contratta nell'esercizio professionale ».
Vi è stato qualche momento in cui abbiamo trepidato per lui: ma ora mi gode l'animo di comunicare ai consoci ed amici del nostro carissimo collega che le sue attuali condizioni, pur non potendo dirsi del tutto soddisfacenti, rassicurano sull'esito in guarigione della malattia.
Che il nostro voto si compia sollecitamente!
Alatri, 19 agosto 1913.

Dott. G. BUGLIONI
segretario dell'Associazione sanitaria
di Frosinone e Velletri.

Il fascicolo di agosto 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

Rassegna della stampa medica.

Gaz. d. Hôp., 29 mag. MATHIEU. « Le fasi iniziali del cancro del crasso ».

Gazz. Med. It., 29 mag. BERIZZI. « Laringocele consecutivo a condrite laringea tifosa ».

Zbl. f. inn. Med., 31 mag. « Resoconto del Congresso tedesco di medicina interna ».

Zbl. f. Chir., 31 mag. KULENKAMPFF. « Sull'anestesia del plesso brachiale ». — OEHLECKER. « Sulla clinica e chirurgia del nervo frenico ».

Il Morgagni, mag. MESSINA. « Il metodo Parlavecchio per la sutura tendinea e nervosa ». — TENANI. « Ittero cronico da compressione dell'epatico per parte dei gangli tubercolari ».

La Med. Soc., 25 mag. SENZI. « Il dovere sociale del medico ». — DE FRANCESCO. « Medicina sociale; coscienza igienica ».

Paris Méd., 31 mag. DESCOMPS e BROUSSE. « I punti dolorosi addominali ». — SCHWARTZ. « Sulla diagnosi delle emorroidi ».

Brit. Med. Journ., 31 mag. WITLA. « Le direttive delle ricerche farmacologiche ». — GORDON. « Il segno cardiaco del cancro ». — WEBER. « Lipodistrofia progressiva ». — SUTHERLAND e GUBB. « Infezione pneumococcica cronica nel polmone di bambini ».

La Presse. Méd., 31 mag. LIAN. « La diagnosi sfigmomanometrica dell'insufficienza aortica ».

La Rif. Med., 31 mag. PENDE. « Sull'esistenza di una nuova glandola a secrezione interna ». — MONZARDO. « Sulla tubercolosi ipertrofica del ceco ».

Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutr., mag. FLANDIN. « Patogenesi della litiasi biliare ».

Riv. crit. di Clin. Med., 31 mag. ROASENDA e ANGELA. « Atrofie muscolari di origine cerebrale ».

Le Bull. Méd., 31 mag. THIBIRGE. « Traumatismo e purpura ».

Riv. di Patol. nerv. e ment., 31 mag. PARIANI. « Sui rapporti dell'arte e della pazzia ».

Riv. Ospedal., 31 mag. SOLIERI. « Sulla gastropatia iperacida di origine appendicolare ».

Pet. Med. Woch., 28 mag. WEBER. « I progressi della terapia del cancro ». — v. REITER. « La questione dell'ozena ».

Intern. Cbl. f. d. ges. Tuberk.-Forschung, 31 mag. KÖGEL. « Infezioni secondarie e miste nella tubercolosi polmonare ».

La. Clin. Ost., 30 mag. PAZZI. « Modificazioni fisiologiche negli apparati organici della donna nello stato di gestazione e all'infuori del medesimo ».

La Prov. Méd., 31 mag. PINATELLE. « Inalazioni arsenicali ».

Gaz. d. Hôp., 31 mag. BILLET. « Il ginocchio a scatto ».

Arch. gén. de Méd., mag. ROSENTHAL. « La toracoscopia di Jacobœus ». — MOLLERS. « Principî attuali della cura tubercolinica ».

La Stomatologia, mag. WINDERLING. « Adenoidei ».

The Journal of Med. Research., mag. AVERY e LYALL. « Le infezioni secondarie nella tubercolosi polmonare ». — ADLER. « Anemia perniciosa sperimentale ». — SMITH. « Sulla biologia del bacillo tubercolare ».

The Journal A. M. A., 31 mag. MORSE. « La tosse convulsa ». — FISCHER. « Cura delle nefriti e affezioni affini ». — WILLIAMS e ELLSWORTH. « Il bromuro di radium puro nella terapia dei neoplasmi superficiali ».

Arch. It. di Ginec., 31 mag. CATURANI. « La diagnosi della gravidanza extra-uterina ».

Proc. of the R. Soc. of Med., mag. EDGECOMBE, MAUTHE. « L'alta pressione del sangue: significato e trattamento ». — JORDAN, BARCLAY. « L'ulcera gastrica ». — SMITH. « Gotta e reumatismo cronico ». — Patologia e clinica del corpo pituitario (discuss.) ». — « Le affezioni uditive funzionali e simulate (discuss.). » — « Salvarsan e neosalvarsan in malattie non sifilitiche (discuss.) ».

La Presse Méd. d'Ég., 15 mag. e 1° giug. VORONOFF. « Innesti ovarici ».

La Clin. Med. It., mag. PATELLA. « La tabe dorsale Le afasie ». — ASCOLI G. « Tumore cerebrale ». — FERRARI. « Riflessi tendinei e riflessi cutanei nell'alcoolismo cronico ». TULLIO. « Onde secondarie del polso venoso e loro significato ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 31 agosto 1913 Fasc. 35

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto d'igiene sperimentale della R. Università di Roma.

Ricerche sulla deviazione del complemento nel morbo di Flajani-Basedow.

Nota seconda del dott. ITALO G. ROSEO.

In una mia prima nota « sulla deviazione del complemento nel morbo di Flajani-Basedow » (in *Biochimica e Terapia Sperimentale*, anno IV, fascicolo 1), comunicavo che sopra cinque sieri di persone affette da gozzo esoftalmico tipico, quattro mi avevano data la reazione positiva in presenza di due diversi antigeni acquosi di tiroide Basedowiana, ed uno reazione negativa; e che con sei sieri di persone affette da forme fruste, ritenute tali con certezza o con probabilità dai medici curanti, mai avevo ottenuto reazione positiva coi suddetti antigeni. Avevo inoltre saggiato, sempre con esito negativo, tredici sieri di persone normali e cinque sieri di sifilitici accertati clinicamente e con la Wassermann. Solo con il siero di un luetico, del quale non ho mai potuto conoscere la storia clinica, ottenni una deviazione positiva incompleta e con il siero di una malata di morbo di Flajani e che aveva data reazione completa in presenza di antigene Basedowiano, ebbi pure reazione incompleta con la Wassermann.

Da allora (luglio 1912) ho seguitato ad occuparmi dell'argomento eseguendo sempre le due reazioni comparativamente (Wassermann e quella della quale io mi occupo) per indagare se nei casi di cui sopra non si trattasse di casi eccezionali oppure di una non infrequente comunanza di reazione, e per meglio ancora accertare il valore della reazione da me studiata.

Come nelle precedenti ricerche, anche in queste ho saggiato sieri normali e sieri di luetici, inoltre anche sieri di leucemici, malarici, tubercolosi, e di individui affetti da adenoma della tiroide. Ad eccezione di questi ultimi gli altri non sono registrati nella tabella seguente.

Numero d'ordine	Nome e cognome e provenienza	Diagnosi clinica	Date delle reazioni	Esito delle reazioni con		Reazione di Wassermann
				antigene 1°	antigene 2°	
1	Policlinico Umberto I (3° Padiglione), L... M...	Adenoma della tiroide.	6-12-1912	negativa	negativa	negativa
			28-3-1913	id.	id.	id.
2	Ospedale di S. Giovanni, R... S...	Infezione acuta febbrile con tumefazione acuta della tiroide e splenomegalia transitoria.	6-12-1912	id.	id.	id.
		Basedow acuto?	28-3-1913	id.	id.	id.
3	Clinica medica della R. Università, F... G...	Basedow forma frusta?	6-12-1912	id.	id.	id.
		Arteriosclerosi	28-3-1913	id.	id.	id.
4	Policlinico Umberto I (3° Padiglione), M... M...	Adenoma della tiroide	6 12-1912	id.	id.	id.
			28-3-1913	id.	id.	id.
5	Policlinico Umberto I (5° Padiglione), N... N...	Morbo di Basedow Flajani, forma tipica, lues	6-12-1912	completa	completa	completa
			28-3-1913	id.	id.	id.
6	Policlinico Umberto I (6° Padiglione), N... N...	Morbo di Basedow Flajani, forma tipica	28-3-1913	id.	id.	negativa
7	Policlinico Umberto I (6° Padiglione), M... L...	Morbo di Basedow Flajani, forma frusta (assenza di fenomeni oculari)	28-3-1913	negativa	negativa	id.
			6-6-1913	id.	id.	id.
8	Policlinico Umberto I (4° Padiglione), M... A...	Morbo di Basedow Flajani, forma frusta (assenza di fenomeni oculari)	28-3-1913	id.	id.	id.
			6-6-1913	id.	id.	id.
9	Policlinico Umberto I (3° Padiglione), N... N...	Morbo di Flajani Basedow, forma tipica, lues	6-6-1913	completa	completa	completa
10	Policlinico Umberto I (8° Padiglione), N... N...	Morbo di Flajani Basedow, forma tipica	6-6-1913	id.	id.	negativa

In questa seconda serie di ricerche ho adunque avuta la reazione da me studiata positiva completa con quattro sieri di individui affetti da forme tipiche di morbo di Flajani-Basedow e negativa con tre sieri di individui ritenuti affetti da forme fruste di Basedow; negativa inoltre con i sieri dei due affetti da adenoma tiroideo e del supposto Basedow acuto. In altri termini le ulteriori ricerche confermano completamente le prime.

In due delle malate che presentavano il quadro clinico tipico del morbo di Flajani è riuscita positiva anche la reazione di Wassermann, ma in ambedue è stato possibile accertare la pregressa infezione luetica. La Wassermann riuscì negativa in tutte le altre.

***

Negli *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*, 1913, n. 10, sono riferiti i risultati di ricerche sierologiche nel morbo di Basedow (identiche a quelle fatte da me) instituite da Papazoula. Poichè nel suddetto giornale, che pure porta un' estesa bibliografia dei lavori recensionati, non vi è alcuna indicazione al lavoro del Papazoula stesso, io non sono riuscito a procurarmi l'originale nè a sapere se le sue ricerche siano anteriori, contemporanee o posteriori alle mie.

In qualunque modo è notevole la concordanza dei nostri risultati: il Papazoula sopra sessanta casi avrebbe avuta positiva la reazione in cinquantotto e negativa in due. Egli come controllo avrebbe fatto ricerche coi medesimi sieri sopra estratti di tiroide normali e di gozzi parenchimatosi e saggiato anche con questi tre antigeni sieri normali, luetici, tubercolosi, tetanici, lebbrosi e di due individui con struma parenchimatoso. Questi sieri di controllo mai avrebbero dato all'autore il fenomeno della deviazione del complemento in presenza di antigene basedowiano.

***

Nelle mie ricerche ho avuto costantemente positivi i risultati quando si trattava di malati con forme tipiche di morbo di Flajani-Basedow, negative quando si trattava di forme ritenute fruste dai colleghi che gentilmente mi avevano favorite le storie cliniche e i sieri dei loro malati: nella recensione del lavoro del Papazoula non si fa menzione su quali forme siano state

eseguite le ricerche stesse; ad ogni modo è certo che le mie e sue ricerche sono concordi per lo meno rispetto ai sieri di malati con forme tipiche di gozzo esoftalmico.

Ma perchè nelle forme atipiche o meglio incomplete io ho avuta negativa la reazione?

Volendo assegnare alla deviazione del complemento un valore assoluto di specificità, i risultati differenti ottenuti nelle forme tipiche e nelle forme fruste si potrebbero far valere come prova della differenza nosologica fra i due quadri morbosi. Ma l'esperienza clinica insegna che forme complete del morbo di Flajani-Basedow possono talora a un certo momento prendere la fisionomia delle forme fruste, e che queste a loro volta possono con il tempo o per l'intervento di cause occasionali divenire complete: quindi sarebbe per lo meno prematuro volere senz'altro supporre che forme complete e forme fruste rappresentino due tipi nosologici distinti. Si potrebbe anche emettere l'ipotesi che quadro clinico completo e reazione dell'organismo, con formazione di anticorpi all'antigene glandula Basedowiana, procedano di pari passo quasi che quello fosse l'espressione di questa e per contro che la mancanza di taluno di quei sintomi che rendono completo il quadro clinico del morbo di Flajani-Basedow sia dovuta all'insufficiente o mancato stimolo all'organismo da parte dei prodotti della glandula tiroide malata.

Queste peraltro non sono che supposizioni e solamente alla stregua dei fatti sarà possibile dedurre se una di esse o nessuna delle due possa sussistere. Ho intrapreso al proposito altre ricerche, ma per la loro scarsezza è preferibile, anzichè tentare la interpretazione, io mi limiti per ora alla enunciazione dei fatti.

Fra i moderni mezzi di cura del morbo di Flajani, quello che, almeno dalle statistiche, sembra dia i migliori risultati, è senza dubbio la emitiroidectomia. Quattro dei malati da me osservati sono stati sottoposti alla cura chirurgica: i malati nn. 6, 7. 8, 9 della tabella surriportata. Nei malati nn. 6 e 9, che presentavano forme tipiche di morbo di Basedow, e che avevano data positiva la deviazione del complemento, venne eseguita la emitiroidectomia: in ambedue all' atto operativo seguì notevole e progressivo miglioramento dei disturbi che presentavano prima dell'operazione, ed in ambedue la deviazione del complemento saggiata quindici e trenta giorni dopo la emitiroidectomia divenne negativa; nei malati invece nn. 7 e 8, che presentavano forme fruste e che avevano data negativa la deviazione del complemento prima dell'operazione, a questa non è seguìta alcuna miglioria, neppure a oltre due mesi di distanza dall'intervento chirurgico.

Io non sono riuscito ad avere i pezzi di emitiroide asportata a questi due ultimi malati, per esaminarli dal punto di vista istologico e vedere se presentavano le lesioni descritte nel morbo di Flajani-Basedow, ma ciò mi riprometto anche di fare continuando le mie ricerche.

Luglio 1913.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Le poliglobulie.

(CH. AUBERTIN. *Arch. des Maladies du Coeur*, febbraio 1913).

Col termine *poliglobulia* si indica un aumento notevole della cifra dei globuli rossi per millimetro cubico, aumento constatato non solo nel sangue prelevato dalla puntura d'un dito, ma nel sangue venoso e nel sangue arterioso. La sola constatazione d'un aumento di globuli rossi nel sangue preso da un dito non basta per la diagnosi di poliglobulia, poichè esistono concentrazioni locali del sangue periferico che non s'accompagnano a contemporanee concentrazione del sangue venoso ed arterioso.

Dalla poliglobulia va tenuta ben distinta l'*iperglobulia* che allo stato attuale delle cose deve servire più propriamente a significare l'aumento di volume dei globuli rossi.

La poliglobulia generalizzata può dipendere da una semplice concentrazione del sangue (*falsa poliglobulia*) o da un reale aumento del numero delle emazie (*poliglobulie vere o da neoformazione*).

Le poligloublie false o da concentrazione del sangue sono temporanee: esse sono in rapporto con una rapida disidratazione dell'organismo. Che non dipendano da un reale aumento di emazie ci si può convincere colla ricerca refrattometrica

del siero per la concentrazione del sangue, o con la misura totale del sangue (procedimento dell'ossido di C.). Ma d'altra parte esiste in genere una causa clinica evidente di disidratazione, che mette in guardia contro un'affermazione errata: la poliglobulia falsa è temporanea, i corpuscoli non presentano modificazioni istologiche apprezzabili.

Le principali forme di poliglobulie false sono:

a) quelle *dei neonati*, in cui le emazie superano talora i 6 milioni; è dovuta al brusco funzionamento della respirazione e dell'evaporazione cutanea ma dopo quattro o cinque giorni il numero degli eritrociti torna al normale;

b) la poliglobulia *da sudori profusi* (Malassez-Quiserne) che può far aumentare di un milione i globuli rossi e che cede alla somministrazione di atropina.

c) la *poliglobulia dei colerosi* (fino ad 8 milioni per mmc.) o *dei diarroici*; dovute alle perdite acquose per l'intestino; essa si può combattere con l'introduzione generosa di siero artificiale;

d) la poliglobulia *da forte diuresi* (fino a 7,157,000 Quiserne);

e) la poliglobulia che segue alle *paracentesi* (Gilbert e Garnier).

Simili poliglobulie si possono avere in certi *nefritici* edematosi.

Le *poliglobulie vere* sono caratterizzate da una neoformazione di emazie da parte del midollo osseo, sì che non solo la percentuale di corpuscoli rossi ne risulta aumentata, ma talora la massa totale del sangue.

Come per le leucocitosi, si possono distinguere tra le poliglobulie *quelle essenziali*, che primitivamente come tali insorgono, e *le reattive*, secondarie cioè ad una causa nota.

La *poliglobulia essenziale, eritremia* o *malattia di Vaquez*, o *poliglobulia splenomegalica, mielogena*, riconosciuta come forma clinica nel 1892, è stata studiata clinicamente od anatomicamente in più di 100 osservazioni note.

Insorge nell'età adulta, ha andamento progressivo e termina in qualche anno con la morte.

La cianosi è uno dei segni clinici che, prima d'ogni altro, colpiscono l'occhio del medico: la pelle è rosso-vinosa sopratutto alla faccia ed alle estremità; le mucose sono violacee, le vene dilatate.

La milza è aumentata di volume, spesso notevolmente, ma i gangli sono integri.

Il cuore può essere ipertrofico ed allora si ha rumore di galoppo ed ipertensione.

I pazienti si lagnano di dolori alle estremità; talora si complicano l'eritromelalgia e la gangrena cutanea.

Emorragie diverse possono verificarsi sulla pelle, sulle mucose, sulle sierose, sulla retina, di cui le vene sono dilatate

Si possono avere disturbi nelle funzioni cerebrali, trombosi terminali, la morte infine sopravviene per emorragia gastro-intestinale, cerebrale, per infezione intercorrente.

Il sangue è di colorito più scuro e più denso, e sebbene non vi sia disturbo alcuno nella coagulabilità del sangue, per ragioni meccaniche, le ferite sanguinano abbondantemente.

Con l'apparecchio di Malassez i globuli rossi superano sempre i 6,000,000 per mmc., da 7,000,000 a 10,000,000; il massimo segnato è di 13,600,000.

In alcune forme, chiamate fruste, la poliglobulia è moderata, tra 5 e 6,000,000; se questa però coincide con uno stato mielemico del sangue allora si deve pensare sicuramente alla poliglobulia e ad una sindrome mista di poliglobulia e leucemia.

Se il malato cade sotto l'osservazione del medico all'inizio della malattia la cifra dei globuli rossi può raggiungere appena i 5,000,000: la milza è però voluminosa e il successivo decorso clinico può dar ragione del sospetto di eritremia.

La poliglobulia constatata nel sangue del polpastrello del dito si ritrova anche nel sangue venoso e nel sangue arterioso.

Tale reperto del sangue è permanente e progressivo; talora si possono verificare delle tregue od anche dei miglioramenti; questi qualche volta sono in rapporto con emorragie che sbarazzano il circolo di una certa quantià di corpuscoli rossi.

Il diametro del globuli rossi è normale, a differenza di quanto avviene nella iperglobulia da cianosi cronica in cui si trova pure iperglobulia (8 μ) V'ha talora lieve poichilocitosi, non emazie a granulazioni basofile, la resistenza globulare normale.

Spesso si trovano eritroblasti (normoblasti) 1:100 sui leucociti.

I leucociti possono giungere e mantenersi a cifre normali, talora invece si ha leucocitosi permanente e progressiva 15-20 fino a 54,000 leucociti.

Nella formula leucocitaria si nota polinucleosi neutrofila, talora eosinofilia con un certo numero di mastzellen (1-4 %), talora mielocitosi; si può

dire che nel maggior numero dei casi vi sia una vera proliferazione totale del midollo (eritrociti, leucociti neutrofili, mielociti) diversa dalle reazioni parziali, infettive p. es.

Se la reazione midollare è di grande intensità si potrà parlare di vere eritremie subleucemiche.

Le piastrine sono spesso più numerose del normale.

L'emoglobina supera l'unità e giunge a 120-150 per cento fino a 240 per cento (Koester).

Il valore globulare però non è aumentato, anzi spesso è al disotto della norma.

Le qualità dell'emoglobina sono normali; il tenore totale del sangue in ossigeno è aumentato, per il numero percentuale aumentato degli eritrociti.

Il volume totale del sangue è aumentato, per i caratteri clinici che il paziente presenta, per i reperti anatomo-patologici, per le deduzioni di laboratorio.

Le vene, i capillari, le arterie sono dilatati, gli organi sembrano angiomatosi (fegato, milza, reni) la proporzione dei globuli rossi e quindi la cifra totale è permanentemente aumentata nell'organismo; infine le misure del volume del sangue col metodo dell'ossido di C. di Gréhant, dimostrano che il volume del sangue può esser doppio, fin quadruplo.

La viscosità del sangue è aumentata, raddoppiata, talora triplicata, in rapporto col grado della poliglobulia. Nella sedimentazione del sangue il rapporto tra sedimento e siero sale dal 50 all'80 per cento. La densità è egualmente aumentata, così pure il residuo secco.

Gli scambi polmonari (Senator, Bergmann e Plesch) sono normali; il sangue venoso ritorna al cuore destro più ricco in ossigeno della norma, quindi il coefficiente d'utilizzazione dell'ossigeno è abbassato.

L'eliminazione dell'urobilina e del ferro è aumentata.

Circa la natura della malattia è opinione quasi da tutti accettata che si tratti di una iperplasia del midollo osseo e talora della milza che determina l'aumento degli elementi mielogeni in circolo; ma sfugge completamente la causa di tale alterazione anatomica. Naturalmente la terapia brancola nel buio: salassi contro la pletora, antipirina contro i dolori, sono i rimedi più in uso; i raggi X finora non hanno dato che tregue sensibili nel decorso fatale della malattia.

Aubertin come forme di passaggio tra l'eritremia e la leucemia pone delle sindromi morbose che, per il reperto ematologico, partecipano delle poliglobulie e degli stati leucemici, e che egli chiama *eritremie subleucemiche*. Vi sono già casi pubblicati in cui accanto ad 11,450,000 emazie esiste uno stato subleucemico (Blumental 36 % di mielociti-mieloblastosi e mastzellen). Rosini ha visto una poliglobulia trasformarsi in subleucemia mieloide, Winter al contrario ha visto una subleucemia mieloide divenire un'eritremia.

***

Tra le poliglobulie reattive quella *da cianosi congenita* è la più nota.

Si osserva principalmente negl' individui con stenosi dell'arteria polmonare complicata o non a perforazione interventricolare e a persistenza del dotto arterioso. La poliglobulia è accompagnata sempre da cianosi; esiste talora però la cianosi senza poliglobulia, questa dunque non determina la cianosi ma ne è una conseguenza. La poliglobulia non supera gli 8,000,000, come eccezionale si può citare l'osservazione di Leslie in cui le emazie erano salite a 12,720,000.

Non ha la eritremia carattere di progressività, subisce variazioni notevoli nel corso della malattia; se è progressiva, il prognostico è grave.

Il diametro dei globuli rossi è in genere aumentato (9 μ), mancano in circolo i segni della reazione midollare, non si riscontra leucocitosi; il valore globulare è al disotto dell'unità, mancano ricerche sulle qualità dell'emoglobina; manca la splenomegalia; come caratteri comuni con le eritremie si può ricordare che l'eritremia è periferica venosa-arteriosa, che il volume totale del sangue è aumentato, che il midollo osseo è iperplasico.

Carattere importante differenziale è però il disturbo notevole degli scambi respiratori mentre essi sono normali nell'eritremia.

Ma la cianosi, talora accompagnata da poliglobulia, può osservarsi anche in affezioni cardiache acquisite: così nella sinfisi del pericardio; il carattere ematologico è però quello delle cianosi compensatrici (aumento del diametro globulare, aumento dell'emoglobina, assenza di reazione midollare).

Cianosi e talora poliglobulia si osservano nell'enfisema, nella tisi fibrosa, nelle sclerosi polmonari, nelle scoliosi, negli ostacoli respiratori delle vie alte (laringe). La poliglobulia però in tali casi si osserva nei soggetti giovani, suole mancare nei vecchi.

La poliglobulia che si determina a grandi altezze, è pur essa una poliglobulia compensatrice o da anossiemia, dovuta cioè alla diminuzione della tensione dell'ossigeno nell'aria ambiente. Non si accompagna alle cianosi, ma ha un carattere sensibilmente progressivo, ed è legata ad un aumento della massa totale del sangue.

Cogli eritrociti è aumentata la quantità di emoglobina; la poliglobulia delle altitudini è una poliglobulia vera da neoformazione.

Alcuni veleni, come fatto immediato, producono nell'uomo una deglobulizzazione, ma in date circostanze ad essa segue una reazione compensatrice del midollo osseo con poliglobulia transitoria.

Le poliglobulie da arsenico, da ossido di carbonio appartengono a tale categoria.

Nell'intossicazione arsenicale acuta e cronica si ha poliglobulia con i segni di reazione midollare in circolo, di breve durata.

Nell'intossicazione da fosforo la poliglobulia può essere assai netta, e può divenire permanente nell'intossicazione cronica; si ha iperplasia midollare con splenomegalia e trasformazione mieloide della milza, pullulano i globuli rossi nucleati che sono lanciati in circolo.

L'intossicazione da ossido di carbonio dà aumento dei globuli rossi fino a 11,000,000. Contemporaneamente, l'emoglobina scende al disotto del normale, si ha cioè una vera poliglobulia anemica (Parkes Weber).

Alcuni *veleni emolitici* infine possono provocare poliglobulie transitorie: così per le cause dell'emoglobinuria parossistica, di alcuni itteri emolitici acolurici con splenomegalia e urobilinuria.

Accanto a tali casi vanno collocati quelli notati di anemia che si trasformano in poliglobulia: *anemie spleniche* che divengono poliglobulie in seguito a *splenectomia*.

La poliglobulia può avere in altri casi un'origine completamente diversa: lo stimolo midollare cioè può essere diretto, dato ad esempio dall'opoterapia midollare, dall'opoterapia sanguigna. La reazione midollare con normoblastosi è temporanea; la poliglobulia infine può associarsi a malattie della milza (tubercolosi splenica, echinococco della milza).

In passato anzi si è confusa la malattia di Vaquez con la tubercolosi splenica associata a poliglobulia: s'è visto però che tali casi sono eccezionali mentre assai più frequente è l'eritremia di Vaquez.

In generale tali poliglobulie scompaiono in seguito alla splenectomia. T. PONTANO.

CHIRURGIA.

Anatomia chirurgica e chirurgia del rene a ferro di cavallo.

(CHARLIER e GÉRARD. *Revue de Chirurgie*).

Il rene a ferro di cavallo è una malformazione congenita che si incontra molto spesso, e che è stata studiata da vario tempo da molti anatomici: Vesalio, Botallo, Beranger, Morgagni, Riolano, Haller, ecc. Per gli AA. si chiama rene a ferro di cavallo o *reni arcuati* una malformazione congenita che consiste nella connessione più o meno intima, *al davanti della colonna vertebrale*, di due poli similari dei due reni, prendendo più o meno esattamente la forma di un ferro di cavallo a branche uguali od ineguali. Questi reni a ferro di cavallo possono essere simmetrici o asimmetrici; i primi possono essere a concavità superiore od inferiore; i secondi sono detti reni ad L, a seno guardante a destra od a sinistra. Questa malformazione si trova in tutte le età della vita. Le forme a concavità inferiore sono rarissime; quelle a concavità superiore le più frequenti, e sono generalmente in ectopia bassa; l'istmo è al disotto del punto ordinario del polo inferiore dei reni, ed in generale passa davanti alla quarta o quinta vertebra lombare, o fino al livello del promontorio. L'istmo (che interessa il chirurgo) è più o meno importante, talvolta è formato da una sottile membrana fibrosa che unisce i due poli renali. Più spesso è fatto di parenchima renale, è di dimensioni e forma variabilissime; talvolta pare un ponte distinto dai due poli renali per solchi più o meno profondi, nei quali passano gli ureteri; tal'altra è molto spesso, e si continua direttamente colle due superfici renali. Nelle forme asimmetriche l'istmo, voluminosissimo, sembra formato dalla fusione diretta, la compenetrazione dei due poli, e non se ne possono stabilire i limiti. L'istmo passa in generale davanti l'aorta e la cava. I vasi dei reni a ferro di cavallo variano per numero, decorso, origini e dimensioni in ogni singolo caso. L'organo ectopico, oltre ai vasi che riceve dall'aorta, spesso riceve delle branche accessorie dalla iliaca primitiva, dalla sacrale media, dalla mesenterica inferiore; le arterie sono in generale aumentate di numero; hanno spesso una direzione obliqua d'alto in basso, sono più lunghe e più voluminose che i tronchi ordinari; l'istmo da solo riceve uno ed anche due tronchi distinti. Le vene vanno a

sboccare alla cava e talvolta alle iliache primitive, ma sono meno numerose delle arterie.

I due bacinetti si trovano il più spesso sulla faccia anteriore delle due masse laterali dell'organo fuso, punto nel quale si trova in generale l'ilo. Gli ureteri sono uguali nelle forme simmetriche, ineguali nelle asimmetriche; il più spesso passano sulla faccia anteriore dell'istmo, spesso nel solco cha delimita l'istmo dalle masse renali laterali, ma talvolta posteriormente all'istmo. Gli ureteri possono essere due, anche quattro (due per lato) od uno solo, nel quale imboccano i due bacinetti.

Talvolta, ma non sempre, questa malformazione è accompagnata da anomalie dei genitali (Strübe, Freund, Tillmanns, Guinard).

Il rene a ferro di cavallo può passare inavvertito per tutta la vita, il che dipende dalla varietà anatomica. Ma Rovsing è riuscito a diagnosticare questa malformazione, anche quando la sintomatologia era scarsa. Il sintomo che predomina è il *dolore* al basso ventre, ai lombi o trasversalmente al di sotto dell'epigastrio; esso si manifesta solo quando il malato è in piedi ed attende alle sue occupazioni, mentre si attenua e scompare nel riposo; si fa intollerabile invece cogli sforzi, ma non si accompagna con altre turbe urinarie, come nella calcolosi renale o ureterale. L'istmo del rene a ferro di cavallo è fisso, mentre i due poli seguono i movimenti del corpo e quindi a livello dell'istmo fissato ed immobile esercitano degli stiramenti dolorosi che sono maggiori quando si porta il tronco in flessione dorsale esagerata. In alcuni casi la malformazione determina per la sua distopia turbe diverse: può comprimere i grossi vasi addominali o gli organi pelvici, rendere distocico un parto, produrre un aneurisma dell'aorta addominale, la trombosi delle vene iliache esterne e crurale sinistra; può produrre per compressione sull'aorta ipertrofia cardiaca (Davidsohn).

Nel rene a ferro di cavallo si incontra il più spesso l'*idronefrosi*, per la quale molte volte si è intervenuti non pensando alla primitiva affezione. Però la diagnosi può farsi completa, quando fatta la diagnosi di idronefrosi si constaterà che il tumore è situato nell'addome, talvolta molto più vicino alla linea mediana, che non le idronefrosi ordinarie, e quando vi sarà come segno accessorio importantissimo, la presenza, al di sotto della sacca liquida, di una massa solida di tessuto renale in forma di cilindro, che si estende trasversalmente davanti la colonna vertebrale che si potrà seguire più o meno lontano. Si può poi mettere pure in evidenza la sede ectopica del bacinetto dilatato, cateterizzando gli ureteri con sonde opache e quindi radiografando, o radiografare il bacinetto dopo di avervi immesso una soluzione di collargolo.

Le operazioni che si sono fatte sono state varie: asportazione della parte idronefrotica, sezionando il rene in punti variabili; taglio del rene a livello del'istmo. Lotheisen fece una nefrotomia con esteriorizzazione della sacca e marsupializzazione. Albarran in un caso praticò una anastomosi pieloureterale. La cura più utile e più razionale sembra essere l'ablazione completa della parte idronefrotica, con sezione del tessuto renale a livello dell'istmo.

La calcolosi del rene a ferro di cavallo è meno frequente della idronefrosi e si verifica in adulti, mentre la suddetta complicazione appare sino dall'infanzia; le condizioni difettose nelle quali avviene l'evacuazione dell'urina facilitano sicuramente la produzione dei calcoli. A dimostrazione di ciò sta la coesistenza dell'idronefrosi o di una pionefrosi. I *sintomi* accusati dal malato non hanno niente di caratteristico: si hanno tutti i segni banali di questa affezione pura e semplice (calcolosi) o delle sue complicazioni (idro- o pionefrosi da calcoli). Si può sospettare la malformazione quando con la radiografia i calcoli siano molto vicini alla colonna vertebrale, verso la seconda e terza vertebra lombare, fino a coprire in parte anche le apofisi trasverse di dette vertebre.

Le operazioni praticate in questi casi sono le seguenti: eminefrectomia (Braim, Rümpel, Zukerkandl); pielotomia (Israël, Marion, Lang); nefrolitotomia (Schuchardt, Israël, Walton). La maggior parte di questi interventi fu seguita da buoni risultati.

Oltre alla pionefrosi di origine calcolosa, nel rene a ferro di cavallo vi sono *pionefrosi semplici in detta malformazione* e gli autori ne riportano due casi. In questi i sintomi furono identici a quelli delle semplici pionefrosi: su tutti gli altri sintomi predominava però il sintoma dolore continuo o a crisi parossistiche, con irradiazioni lungo l'uretere, con fenomeni febbrili e reazione da parte del tubo digerente. In tutti due i casi fu fatta l'eminefrectomia con taglio a livello dell'istmo e si ebbe la guarigione senza complicazioni. Tutti e due i casi si verificarono in bambini.

La *tubercolosi nel rene a ferro di cavallo* è molto rara (Limperopoulo, Friedel e Dareanne; cinque casi riportati dagli autori, di cui tre in uomini). L'affezione si verificò nell'adolescenza o nell'età matura, quattro volte nella metà sinistra, una volta nella destra. La sintomatologia fu uguale a quella della comune bacillosi del rene: ematurie, sintomi vescicali, alterazioni dello stato generale: vi ha in più, però, un dolore lombare fierissimo, precoce, non tardivo come nella tubercolosi renale ordinaria.

La diagnosi di tubercolosi fu fatta in tutti i casi, ma non quella della malformazione. Gli interventi usati furono; l'eminefrectomia, l'ablazione del rene malato col taglio dell'istmo di unione, una volta la resezione della porzione di rene malato. La guarigione fu completa in quattro dei cinque casi.

Due casi soli conoscono gli AA. di *tumori del rene a ferro di cavallo*, il primo descritto da König ed il secondo da Gibbon; in tutti e due i casi si trattava di un sarcoma.

Due casi pure riportano di tumori cistici del rene a ferro di cavallo, l'uno in un bambino di 6 anni, l'altro in una donna di 59.

L'eminefrectomia fu praticata con successo (Zuckerkandl, Bockenheimer).

Riassumendo: Le varie affezioni che possono riscontrarsi nel rene a ferro di cavallo, a parte qualche sintoma speciale, si presentano con i caratteri che rivestono ordinariamente quando attaccano un rene normale. Depongono invece per un rene a ferro di cavallo: i sintomi di compressione, i dolori negli sforzi, specie nella forte deflessione del tronco (per il rene a ferro di cavallo semplice); la sede anormalmente bassa e mediana del tumore idronefrotico, la sede anormale del bacinetto svelata dalla radiografia o pielografia (nell'idronefrosi); la situazione anormale delle ombre calcolose verso o sopra la colonna vertebrale (nella complicazione di calcolosi); mentre le pionefrosi, tumori e le cisti del rene a ferro di cavallo non dànno fin oggi sintomi speciali. Così pure la tubercolosi non si rivela con alcun segno subbiettivo Sintoma molto importante, in ogni caso, è la palpazione dell'organo con tutte le sue particolarità. La cistoscopia non ha dato risultati soddisfacenti per la diagnosi; più utile invece è la radiografia.

Però a fare la diagnosi di rene a ferro di cavallo, *occorre innanzi tutto pensarvi subito.*

G. QUARTA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CONGREGAZIONALE DI MODENA.
Reparto medico diretto dal prof. ALFREDO MONARI.

Sulla cura locale della eresipela con la soluzione alcoolica di tintura di iodio

per il dott. FAUSTO PARISI.

Sulla cura dell'eresipela in genere e sul suo trattamento locale in ispecie, esiste un numero considerevole di lavori a cui fa parallelo un altrettanto svariato numero di sostanze medicamentose, che i diversi autori nei vari periodi di tempo, vennero man mano esaltando, quasi a specifici di questa malattia. Se per un momento fissiamo la nostra attenzione su queste sostanze di cui la tintura di iodio, il sublimato corrosivo, l'acido fenico, la creolina, l'ittiolo, il permanganato di potassio, l'essenza di trementina, l'alcool assoluto, la glicerina, il nitrato d'argento, i sali di ferro in soluzione e in pomata, il floruro d'argento, il tachiolo, il collargolo, ecc., costituiscono una serie pressochè infinita, ed ai quali non debbono disgiungersi i trattamenti meccanici e chirurgici e la siero-terapia, ci è facile osservare come sul loro potere terapeutico, i vari autori si sono sempre trovati poco d'accordo, in quanto è difficile portare un giudizio sicuro sul trattamento dell'eresipela in causa dei suoi caratteri clinici speciali e del suo decorso irregolare.

Questa malattia, che invero è generalmente grave e che, specie fra i bambini dà un coefficiente tanto alto di mortalità, presenta un'evoluzione irregolarissima.

Si possono infatti osservare talora rapide e spontanee guarigioni, tal'altra casi che sembrano decorrere benignamente e, in capo a pochi giorni, per aggravamento dei fenomeni esistenti, per complicanze frequenti e imprevedute, volgono a morte; altre volte invece forme gravissime in cui si suppone l'esito letale, si avviano, dopo pochi giorni di fenomeni tumultuosi, a rapida guarigione.

Sono questi i casi che offrono elementi di sostegno al presunto valore di certe statistiche, che fanno quasi specifico un dato medicamento, senza provare però, che quel successo terapeutico sarebbe di sicuro mancato, senza il suo uso.

Non voglio certamente con questo affermare la nessuna efficacia del trattamento locale dell'eresipela, no, ma soltanto spiegarmi lo scetticismo di alcuni, che di fronte al numero considerevole

di sostanze medicamentose proposte ed ai giudizi spesso contradditori, usano indifferentemente l'una o l'altra equiparandole nel valore terapeutico.

Ma se fino ad un certo punto posso spiegarmi questo scetticismo e se per molte sostanze debbo anzi condividerlo, per una di esse almeno, la tintura di iodio, che i recenti studi nel campo chirurgico relativi al suo potere di penetrazione nella pelle ed alla sua azione bactericida hanno posto a capo dei disinfettanti, son costretto a dissentire e riguardarla come rimedio ottimo per la cura locale dell'eresipela.

Questo mio asserto trova già appoggio nel fatto, che le prime comunicazioni relative all'uso di tale metodo, sono di poco posteriori ai primi lavori pubblicati intorno alla ricerca dell'agente etiologico dell'eresipela. Infatti, le prime applicazioni della tintura di iodio le dobbiamo al Davies e al Norris (1) nel 1854, in quel periodo di tempo cioè che va dalla pubblicazione dei lavori del Piorry (2), Velpeau (3), Trousseau (4), (1834-1835), quando l'eresipela era bensì considerata una malattia contagiosa, ma la si credeva ancora dovuta ad una sostanza tossica che bastava entrasse nell'organismo per produrre la malattia, alle classiche ricerche del Felheisen (5) nel 1881, colla scoperta dell'agente etiologico lo *strepto-cocco eresipelatodes*. E si noti che allora e per molti anni ancora, le applicazioni di tintura di iodio erano fatte unicamente sulla chiazza eresipelatosa, senza occuparsi della zona di infiltrazione e pur tuttavia Perry (6), Lanyon (7), Morland (8), Minot (9), Storrer (10), ecc., riferiscono di casi di eresipela specie della faccia, guariti in pochi giorni col suo uso locale.

Il primo autore che, accostandosi al concetto moderno, consigliò la pennellatura oltrecchè della chiazza eresipelatosa anche della così detta zona d'invasione, fu il Savignac (11), che nel 1870 pubblicò sul *Bulletin de thérapeutique* una nota in in proposito, senza però essere riuscito (egli stesso lo confessa) a limitare sempre, col suo nuovo metodo, il processo per quell'errore di tecnica (*), nel quale incorsero più tardi anche il Crespi ed il Postempsky (12), che dopo un anno di esperimento del metodo, non avendo sempre ottenuto l'arresto della diffusione del processo eresipelatoso, lo abbandonarono come non corrispondente alle aspettative che vi avevano riposte. Errore di tecnica dico, nel quale dal Savignac in poi sono forse incorsi tutti coloro che ebbero a registrare qualche insuccesso colla iodio-terapia, errore di tecnica, ripeto, in cui anche oggi si incorre da molti, malgrado tutti i lavori pubblicati nei quali si insiste sulla descrizione della tecnica esatta della applicazione della tintura di iodio nell'eresipela e che fa loro posporre lo iodio al sublimato corrosivo e all'acido fenico, quantunque conoscano i pericoli che la loro applicazione presenta, e il loro potere bactericida inferiore. E infatti scorrendo la letteratura, mi è facile constatare come prima del Savignac, quando la tintura di iodio veniva applicata solo sulla zona eresipelatosa, non si conoscono che lavori esaltanti la bontà del metodo e infatti oltre che i sopraccennati autori, trovo che Boinet (13) nel 1855, pubblica due casi di eresipela chirurgica, guariti in pochi giorni con la tintura di iodio e Verneuil (14) nel 1866, riferisce su di un caso gravissimo di eresipela della faccia, guarito in pochi giorni, sempre collo iodio, mentre dopo la comunicazione del Savignac, si trova registrato qualche insuccesso, dovuto, ripeto al difetto di metodo e riguardante più la mancata limitazione del processo eresipelatoso, che la sua rapida guarigione. Ma anche dopo il 1870, la maggior parte delle comunicazioni sulla tintura di iodio nell'eresipela, sono favorevoli al metodo; Vidart infatti riferisce 140 casi di eresipela rapidamente guariti e Dubois (16) nel 1899, pubblica altri 15 casi di eresipela trattati con ottimo successo colla iodio-terapia e Smolichiff (17), Taulichew (18), Jacolew (19) dopo anni di esperimento, si dichiarano entusiasti del nuovo metodo.

In Italia la prima comunicazione sul metodo la dobbiamo ad Aphel (20) che nel 1883 pubblica nello *Spallanzani* vari casi di eresipela guariti colla tintura di iodio: nel 1887 mentre il Pensuti (21) in una seduta medica in Roma riferisce su otto casi di eresipela, guariti rapidamente con la iodo-terapia, Crespi e Postempsky nello stesso anno abbandonano il metodo dichiarandolo insufficiente. Più tardi nel 1889 trovo sul « Corriere Sanitario » un lavoro del Gilberti (22), nel quale sono descritti 15 casi di eresipela rapidamente guariti e nel 1911 un nuovo lavoro del Ferrari (23) nella « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » il quale, insistendo nella necessità di applicare la tintura di iodio con quella tecnica scrupolosa, che poco si discosta da quella che io

(*) Si passava a pennellare la zona d'invasione con quello stesso pennello che aveva servito per la chiazza eripelatosa, in modo che questo, povero di iodio, ma carico di materiale infettante, trasmetteva l'infezione là dove doveva combatterla.

propugno e sulla quale mi intratterrò più avanti, si schiera fra i partigiani più convinti della tintura iodica e non basta, perchè un ultimo lavoro del Benassi (24) trovo pubblicato nella « Gazzetta di Medicina, Chirurgia, Igiene », del quale mi è caro trascrivere le conclusioni, in quanto collimano colle mie e che del metodo esaltano « la semplicità estrema e la rapidità di applicazione, la reazione dolorosa lievissima, quasi nulla, la sicurezza quasi assoluta d'impedire l'estendersi della placca eresipelatosa, l'assenza di qualsiasi deformità sia transitoria che permanente e la diminuzione della durata della malattia ».

Come si vede, da questa mia rapida esposizione l'iodio-terapia, nell'erisipela non è di applicazione recente, essa data da più di mezzo secolo, basata specialmente sugli splendidi successi clinici e sulla ben nota azione bactericida dello iodio, superiore a quella di tutti gli altri disinfettanti, azione messa in evidenza, sino dal 1873 dal Davaine (25) che sperimentando su diversi disinfettanti, classificò lo iodio fra i più energici, dallo Sternberg (26) che nel 1879 riuscì ad uccidere in due ore con una soluzione iodurata all'1 : 500 lo stafilococco aureo, dal Koch (27) che nel 1881 con una soluzione iodica al 2 : 100, uccise in 24 ore le spore del carbonchio; dal Miquel (28), dal Podgorny (29), Gianluca (30) e recentemente confermata dallo Zancani (31) che comparando l'azione bactericida di tre disinfettanti (tintura di iodio, sublimato corrosivo, acido fenico) sulle spore del carbonchio, conclude che dei tre il meno energico è l'acido fenico anche in soluzione al 5 : 100, che il sublimato corrosivo ha azione utile solo all'1 : 1000 e non in soluzioni più deboli, mentre la tintura di iodio si addimostra la più energica, esplicando la sua azione nella soluzione dell'1. 20 : 1000.

Ora, se agli splendidi risultati clinici ed alla confermata azione bactericida dello iodio, si aggiunge il suo potere di penetrazione nella pelle, proprietà illustrata dal Grossich (32) sino dal 1908 e successivamente confermata da una falange di altri autori, non vedo chi oggi in un caso di eresipela, possa ancora restare incerto sulla cura da seguire localmente e cioè non attenersi subito alla tintura di iodio a preferenza di qualsiasi altra sostanza medicamentosa. Un dubbio solo, se dubbio lo si può dire, poteva ancora sussistere, e cioè, che la tintura di iodio, che con tanta facilità penetra nella pelle sana, esercitando la sua azione bactericida su quei microrganismi che eventualmente s'annidano in essa, non potesse fare altrettanto nella cute in preda al processo eresipelatoso in causa del suo stato infiammatorio. Per sincerarmi ho asportato, in un caso di eresipela del dorso, vari pezzetti di pelle preventivamente trattati collo iodio, parte dalla chiazza eresipelatosa, e parte dalla zona latente, e seguendo il metodo del Duse (33) dell'osservazione diretta delle sezioni di pelle ottenute col microtomo congelatore, ho potuto constatare che tanto nella pelle della zona eresipelatosa, come in quella della zona latente, lo iodio si estende per tutto lo spessore dell'epidermide, nell'interno delle ghiandole sebacee, fra i fasci del connettivo del derma nell'infundibolo dei peli, laddove cioè sino dal 1883 le ricerche anatomo-patologiche del Cornil e del Babes (34) c'insegnano, s'accumula l'agente etiologico dell'eresipela sul quale lo iodio deve suscitare la sua azione bactericida.

Ma perchè colla iodoterapia si raggiungano sempre quegli splendidi risultati che ho potuto registrare in tutti i miei casi, occorre che l'applicazione del medicamento sia fatta, previa quelle precauzioni con quella modalità e tecnica scrupolosa, a cui seguendo i consigli del mio primario prof. Monari, mi sono sempre attenuto ed a cui debbo l'evento di non avere mai dovuto registrare un insuccesso.

Seguendo dunque i dettami del mio maestro, due sono le soluzioni che ho sempre usato: l'una di tintura iodica officinale (6-8 : 100) per la zona latente, l'altra di tintura iodica commista a glicerina (in parti uguali) per la chiazza eresipelatosa: soluzioni che debbono essere di recente preparazione e da conservarsi in vasi di vetro scuro ed a tappo smerigliato. In quanto alla tecnica di applicazione essa è semplicissima:

In primo tempo si pennella con la tintura di iodio officinale (pennello sterile) la zona d'infiltrazione, badando di non toccare la chiazza eresipelatosa.

In secondo tempo si pennella con iodio e glicerina (pennello sterile) la chiazza eresipelatosa.

In terzo tempo si ricopre con garza sterile le zone pennellate e si fascia per impedire che il malato toccandosi, trasporti l'infezione in altri posti.

Aggiungasi che le pennellature debbono essere ripetute due o più volte al giorno a seconda dei casi ed alla gravità del processo e che solo con queste precauzioni ho potuto ottenere sempre esiti favorevoli.

Non starò qui a riferire per esteso su ogni singolo caso di eresipela da me osservato, mi limiterò a quadri riassuntivi dai quali appaia evidente l'andamento di ciascuna forma di eresipela, riservando soffermarmi più diffusamente su quei casi che per il loro decorso assurgono speciale importanza.

Quadro riassuntivo delle forme eresipelatose più gravi, nelle quali le applicazioni di tintura di iodio vennero fatte due o più volte al giorno.

Numero d'ordine	Pazienti	Età	Forme eresipelatose		Temperatura della prima giornata	Seconda giornata	Terza giornata	Quarta giornata	Quinta giornata	Sesta giornata	Settima giornata	Ottava giornata
1	G. A.	21	eresipela	alla faccia	40.4	st q	l m	m	m	g	. .	. .
2	D. V.	47	id.	al dorso	40.9	st q	m	m	m	g	. .	. .
3	G. P.	20	id.	alla faccia	40.7	st q	l m	m	r	m	g	. .
4	C. V.	56	id.	al capo	39.6	m	m	m	g	. .	. .	. .
5	L. Z.	22	id.	alla fronte	40.5	l m	m	g	. .	. .	. .	. .
6	L. B.	60	id.	alla faccia	39.9	m	m	m	g	. .	. .	. .
7	L. P.	22	id.	id.	40.7	l m	m	m	g	. .	. .	. .
8	G. V.	20	id.	id.	41	i m	m	m	g	. .	. .	. .
9	V. G.	59	eresipela	coscia destra	40.6	m	m	m	g	. .	. .	. .
10	F. R.	21	eresipela	al dorso	41	m	m	g	. .	. .	. .	. .
11	R. M.	35	id.	alla faccia	40.9	m	m	g	. .	r	m	m
12	E. S.	27	id.	alla gamba	39.6	m	m	g	. .	. .	. .	. .
13	G. F.	24	id.	alla faccia	39.8	m	m	m	g	. .	. .	. .

N. B. Segno, della prima giornata, la temperatura massima raggiunta, e nelle seguenti per brevità di spazio, uso di segni convenzionali ad indicare l'andamento generale della malattia: *st q* = statu quo; *l m* = lieve miglioramento; *m* = miglioramento; *g* = guarigione; *r* = recidiva.

Uno dei casi più interessanti e sul quale mi preme soffermarmi più a lungo è il n. 3 della prima tavola, certo P... G..., di anni 20, di Bari, soldato, entrato in nosocomio il 24 febbraio 1911, con estesa eresipela alla faccia. A questo, come a tutti gli altri malati di eresipela, vennero fatte le applicazioni di tintura di iodio colle modalità sopra descritte e il processo eresipelatoso, come si rileva dalla tavola, si era quasi interamente risolto in quarta giornata, tanto che aveva ordinato una sola applicazione iodica al giorno, quando in quinta giornata si ebbe una riacutizzazione ed estensione del processo che a tutta prima ascrissi ad insuccesso della iodoterapia, ma che poi, in seguito ad inchiesta fatta, seppi dovuto ad imprevidenza di chi applicava la tintura di iodio il quale aveva pennellato il viso del malato, con quello stesso pennello che poco prima gli aveva servito ad applicare la tintura di iodio sulla chiazza eresipelatosa di un vicino di letto; riacutizzazione che si risolse in settima giornata.

A simiglianza del n. 3 è il n. 11: R... M... entrata in nosocomio il 17 settembre 1910 con estesa eresipela alla faccia, guarita in quarta giornata, con ricaduta in sesta per lo stesso errore del caso sopra descritto, ricaduta la cui risoluzione si ebbe solo in nona giornata.

Della seconda tavola due recidive si notano: i nn. 12-15 M... S... e N... M..., entrati in ospedale a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro, con eresipela alla gamba destra da varici ulcerate. Due vecchietti del ricovero che mal si adattavano al nostro metodo di cura, intendendo essere medicati a modo loro; con attiva sorveglianza e con

Quadro riassuntivo delle forme eresipelari di media gravità, nelle quali le applicazioni di tintura iodica furono fatte, nei primi due giorni due volte al giorno, nei seguenti una.

Numero d'ordine	Pazienti	Età	Forme eresipelatose	Temperatura della prima giornata	Seconda giornata	Terza giornata	Quarta giornata	Quinta giornata	Sesta giornata	Settima giornata	Ottava giornata
1	E. S.	24	eresipela alla faccia	39	m	m	g	..	..	..	..
2	L. B.	46	id. coscia destra	38	m	g	..	..	..	..	..
3	S. L.	34	id. gamba destra	38.7	m	m	g	..	..	..	..
4	L. M.	60	id. id.	38.9	m	m	g	..	..	..	..
5	A. C.	21	id. alla fronte	39.3	m	m	m	g	..	..	..
6	C. M.	20	id. alla testa	39	m	m	m	g	..	..	..
7	D. V.	40	id. id.	38.8	l m	m	g	..	..	..	..
8	G. T.	70	id. al collo	39.5	l m	m	m	m	g	..	..
9	G. D.	22	id. al naso	39.5	m	m	g	..	..	..	..
10	N. B.	22	eresipela regione zigo matica sinistra	39.4	l m	m	g	..	..	..	..
11	U. Z.	20	eresipela regione zigomatica sinistra	39.6	m	m	g	..	..	..	..
12	M. S.	70	eresipela gamba destra	38.4	m	m	g	..	r	m	g
13	G. P.	22	id. della faccia	38.6	m	m	g	..	..	..	..
14	U. T.	60	id. al dorso	38	m	m	m	g	..	..	..
15	N. M.	20	id. gamba destra	38	m	m	g	..	r	m	g
16	L. B.	21	id. della faccia	39.4	st q	l m	m	m	g	..	..
17	A. S.	20	id. id.	39	l m	m	m	g	..	..	..
18	U. C.	40	id. reg. inguinale	39.5	m	m	m	g	..	..	..
19	L. M.	17	id. del torace	39	m	m	m	g	..	..	..
20	E. M.	14	id. della faccia	38.9	m	m	g	..	..	..	..

grande pazienza del personale d'infermeria si era riusciti a guarirli quasi completamente in quarta giornata, tanto che avevo ordinata la sospensione delle pennellature con grande gioia dei due infermi e dal personale erasi allentata quell'attiva sorveglianza sino allora esercitata sopra di essi, del che i due pazienti si valsero per sfasciare le loro ferite determinando una ripresa in sesta giornata del processo, che si risolse poi il nono giorno.

Nelle eresipele più lievi si nota un solo caso di recidiva, il n. 7, L... A... di anni 46, di Modena, entrato in ospedale il 26 ottobre 1911 con eresipela del dorso, consecutiva a ferita superficiale, eresipela che in quarta giornata era quasi vinta, ma che in quinta si estese perchè col medesimo pennello che si era applicata la tintura di iodio sulla chiazza eresipelatosa, si era pennellata anche la zona latente.

Un altro caso che deve attirare la nostra attenzione è il n. 2 della prima tavola, certo D... V... di Carpi all'Adige, che curai personalmente nei mesi di supplenza al medico locale. A questo infermo affetto da vasta eresipela al dorso; da parecchi giorni (credo cinque) venivano applicate compresse imbevute di soluzioni feniche al 3 %, senza essere riusciti ancora a localizzare il male, tantochè dal medico mi fu consegnato, con diagnosi di eresipela migrante. Applicata la tintura

Quadro riassuntivo delle forme di eresipela più lievi, nelle quali le applicazioni di tintura di iodio furono fatte due volte nella prima giornata ed una volta nelle seguenti.

Numero d'ordine	Pazienti	Età	Forme erisipelatose	Temperatura della prima giornata	Seconda giornata	Terza giornata	Quarta giornata	Quinta giornata	Sesta giornata	Settima giornata	Ottava giornata
1	A. B.	22	eresipela alla faccia	38.4	m	m	g	..	..	..	..
2	V. C.	14	id. alla fronte	39	m	m	g	..	..	..	..
3	A. N.	64	id. gamba destra	37.9	m	g	..	..	..	..	..
4	A. B.	17	id. del naso	38.9	m	m	g	..	..	..	..
5	P. V.	18	id. della faccia	38.6	m	g	..	..	..	..	..
6	P. G.	21	id. del dorso	38.8	m	m	g	..	..	..	..
7	L. A.	46	id. id.	37.9	m	m	g	r	m	g	..
8	P. B.	21	id. coscia destra	38.5	m	g	..	..	..	..	..
9	C. S.	60	eresipela regione inguinale sinistra	38	m	m	g	..	..	..	..
10	N. N.	64	eresipela gamba sinistra	38.7	m	m	m	g	..	..	..
11	T. M.	70	id. della faccia	37.9	m	m	g	..	..	..	..
12	C. N.	17	id. del naso	38.4	m	g	..	..	..	..	..
13	G. R.	16	id. della fronte	38.9	m	g	..	..	..	..	..
14	R. V.	40	id. della faccia	38.6	m	m	g	..	..	..	..

di iodio ottenni subito la localizzazione dell'eresipela e la guarigione in sesta giornata, sebbene si trattasse di un caso grave anche per lo stato di intossicazione generale del malato.

Concludendo: da quanto sono venuto esponendo, si vede come il primo vantaggio che offre la tintura di iodio nella cura dell'eresipela, si è quello di una grande semplicità. Due pennelli o batuffoli di garza sterile, due bottiglie con le soluzioni iodiche, un poco di garza ed una fascia: ecco tutto il materiale occorrente, a cui si deve aggiungere il vantaggio di una grande pulizia, a confronto di quanto avviene per l'ittiolo, il medicamento che oggi va per la maggiore nella cura locale dell'eresipela, ma che alle sue bontà terapeutiche unisce lo svantaggio di imbrattare enormemente

Un secondo vantaggio che offre l'iodio-terapia è quello di arrestare in breve tempo l'invasione dell'eresipela nelle circostanti parti sane, fatto sul quale, specie per lo passato, le opinioni erano molto discordi, ma che oggi non può più ammettere discussione, sia per le conclusioni tratte da lavori pubblicati precedentemente a questo mio scritto, sia per quanto posso dedurre dai casi che sopra ho presentati, dei quali solo quattro su quarantasette ebbero recidiva con invasione dell'eresipela nelle parti sane, invasione dovuta non ad insuccesso dell'iodio-terapia, ma come già dissi, ad errori di tecnica commessi da chi applicava la tintura di iodio, o voluta dagli stessi infermi.

Un appunto che venne sempre fatto al metodo delle applicazioni di tintura di iodio, si è la reazione dolorosa che quesse risvegliano sulla placca eresipelatosa, dolore che per alcuni autori è così intenso da potersi paragonare a quello dovuto a scottature, tanto che da alcuni furono proposti vari espedienti, miranti a sopprimerlo quali l'aggiunta alla tintura di iodio di laudano, morfina, cocaina, ecc.

Che qualche volta le applicazioni iodiche possano risvegliare dolore, non sono a negarlo, in quanto ho potuto personalmente constatare, come basti una alterazione della tintura di iodio, una eccessiva quantità applicata, od una soluzione

troppo forte della medesima per provocare quel dolore che con una giusta applicazione si sarebbe potuto evitare.

Ben sapendo come sia difficile nel pennellare il non peccare in eccesso e quindi il non risvegliare dolore, seguendo i consigli del prof. Monari, ho sempre usato sulla chiazza eresipelatosa tintura di iodio e glicerina in parti uguali, miscuglio che mi ha permesso pennellature anche abbondanti senza provocare alcuna reazione dolorosa e senza diminuire il potere medicamentoso dell'iodio. Ma dell'iodo-terapia debbo far rilevare un altro vantaggio, il potere cioè di diminuire la durata della malattia. Infatti se rivolgiamo la nostra attenzione alle tavole sopra riportate, ci è facile constatare come la maggior parte delle guarigioni oscillino dalla 4ª alla 5ª giornata, anche nei casi più gravi, mentre ben sappiamo dalla patologia medica come la guarigione in media di casi di eresipela, vari dagli otto giorni in avanti.

Non so se con questo mio scritto sarò riuscito nell'intento che mi ero proposto, di portare cioè un modesto ed utile contributo in favore dell'iodo terapia nella cura locale della risipela presso coloro che ancora dissentono, facendoli convinti della bontà del metodo; se vi sono riuscito tanto meglio, se non vi sono riuscito valga almeno ad incitarli all'esperimento.

BIBLIOGRAFIA.

1. NORRIS. Bull. gén. de thérapeutique. 1853.
2. PIORRY. Clinique de la Pitié, 1834; Gaz. méd. de Paris, 1834.
3. VELPEAU. Bull. gén. de thérapie, 1835.
4. TROUSSEAU. *Leçon clinique*. 1835.
5. FELHEISEN. Verhand. der Wurzburger med. Gesellschaft, 1881.
6. PERRY. Boston medical Journal, 1855-56.
7. LANYON. The Lancet.
8. MORLAND. Boston medical Journal, 1855-56
9. MINOT. Id. id.
10. STORRER. Id. id.
11. SAVIGNAC. Bulletin de thérapeutique, 1870
12. POSTEMPSKY-CRESPI. Bollettino della Società Lancisiana di Roma, anno VII.
13. BOINET. Paris, Masson, 1855.
14. VERNEUIL. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1866.
15. VIDART. Citato da DUBOIS.
16. DUBOIS. Paris, 1889.
17. SMOLICHEFF. Russk. Med. St.-Petersb., 1891.
18. TAUCHILEW. Voiemmo med. Journal, 1902.
19. YACOLEW. Compte-rendu de la Société Méd. de Sembirsk, 1889.
20. APHEL. Spallanzani, 1883, fascicolo III.
21. PENSUTI. Bollettino della Società Lancisiana di Roma, anno VII.
22. GILBERT. Corriere sanitario, 1910.
23. FERRARI. Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche, 26 marzo 1911.
24. BENASSI. Gazzetta intern. di med., chirurg., Igiene, ecc., 10 febbraio 1912.
25. DAVAINE. Compte-rendu de l'Académie des Sciences, 1873.
26. STERNBERG. National Board of health Bull., 1879.
27. KOCH. Mitth. aus den K. Gesundheitsamte, 1881.
28. MIQUEL. Annuaire de l'Observatoire de Montsouris, 1883-84.
29. POTGORNY. Thèse de Saint-Pétersbourg. 1897.
30. GIANLUCA. Annali d'igiene sperimentale. 1908.
31. ZANCANI. Gazzetta Intern. di Med. Chirurg., Igiene, ecc., 1910, n. 44.
32. GRÖSSICH. Zentralblatt für Chir., Oktober. 1908.
33. DUSE. Policlinico, sezione chirurgica, 1911.
34. CORNIL, BABES. Comptes-rendus de la Société médicale des Hôpitaux, 1883.

CONFERENZE.

Sulla simulazione.

(BYROM BRAMWELL. *Edinburg Medical Journal*, febbraio 1913).

L'A. definisce il simulatore un individuo che, cosciente e volente, finge, provoca o prolunga una malattia allo scopo di sottrarsi ad un dovere, reclamare un indennizzo di danaro, eccitare simpatie o per qualsiasi altra ragione.

Il termine di simulatore inconscio, qualche volta usato dai medici legali, è assolutamente erroneo. La vera essenza della simulazione è l'inganno deliberato.

Conviene segnare una netta distinzione fra simulazione cosciente e deliberata, sia essa finzione completa di malattia o esagerazione di disturbi, e il valetudinarismo incosciente o subcosciente.

Fino ad ora la simulazione si riscontrava principalmente fra i soldati, i carcerati, gli scolari, gli individui soggetti alla leva militare, i vagabondi che cercano di essere ricoverati in ospedali, le giovani donne isteriche, i ricoverati in manicomii, gli individui danneggiati o che si pretendono tali in accidenti ferroviari, e le persone accusate di qualche delitto, che tra i mezzi di difesa mettono la loro pazzia. Ma dacchè fu concesso per legge un indennizzo agli operai debilitati in conseguenza di un infortunio sul lavoro, i casi di simulazione sono divenuti molto comuni.

L'A. ricorda che in una sua pubblicazione del 1895 egli affermava che i minatori per ragion del loro mestiere vanno facilmente soggetti a concussione del midollo spinale e che raramente in conseguenza di questa si producevano malattie

organiche del midollo o delle sue membrane e più raramente ancora residuavano quei disturbi nervosi di natura funzionale, che così frequentemente sono accusati dagl'individui contusi in occasione di accidenti ferroviarii. Ed allora prediceva che se i minatori avessero avuto diritto al risarcimento per i danni subiti in conseguenza di un infortunio sul lavoro, le forme nevrotiche post-traumatiche sarebbero state frequentissime. E pur troppo la predizione si è del tutto verificata.

E non è da escludersi che quando la legge sull'assicurazione obbligatoria per le infermità degli operai avrà piena applicazione, la simulazione delle malattie non dipendenti da infortuni diventerà comunissima e si allungherà la durata media delle vere malattie.

Le specie ed i gradi di simulazione sono molti.

La simulazione pura, ossia la finzione di una malattia assolutamente inesistente, mentre il soggetto è in perfetta salute, è estremamente rara. Si può constatare negli scolari, nei degenti di manicomi, in imputati ed in individui che si sono trovati in uno scontro ferroviario.

Più frequenti sono i casi di individui che cercano di mettere in rapporto con un trauma una malattia preesistente, o di attribuire ad un infortunio una lesione determinata da un trauma precedentemente sofferto. Questi sono i casi di più difficile interpretazione.

È noto come siano frequenti le combinazioni di sintomi funzionali con malattie organiche e come sia difficile distinguere nettamente gli uni dalle altre. In tali casi solo la conoscenza esatta della storia precedente dell'infermo può essere di guida per una diagnosi sicura.

L'A. ha avuto occasione di constatare casi nei quali si pretendeva mettere in rapporto con un trauma recente un piede varo congenito, una paralisi facciale di vecchia data, una antica otorrea, una vecchia cicatrice sulla cornea, una epilessia, una tabe, una paraplegia spastica. Egli osservò pure una congiuntivite gonococcica che un operaio assicurava essere dovuta alla penetrazione di polvere nell'occhio durante il lavoro.

In questi casi gl'infermi cercavano deliberatamente e coscientemente d'ingannare; ma vi sono dei casi, come d'individui affetti da tabe incipiente nei quali l'inganno è per lo meno dubbio, il paziente può in buona fede ritenere che i disturbi che egli comincia ad avvertire siano effettivamente dovuti all'infortunio.

In casi di tal genere solo una minuta e diligente indagine sui precedenti dell'infermo e la conoscenza della natura dell'accidente può far giungere ad una conclusione.

Ed al riguardo sorgono delle difficili quistioni circa la capacità dei traumi a provocare certe condizioni morbose come i tumori cerebrali, gli aneurismi, cancri, ed innumerevoli altre malattie.

Talora dai sinistrati non si pretende che il trauma abbia provocati certi mali, ma che li abbia solo aggravati; e qui nuove quistioni se e sul *quantum* il trauma abbia influito sul processo morboso preesistente.

Accade anche che individui che erano apparentemente in perfetta salute prima di un accidente, muoiono poco dopo di questo, mentre hanno riportato un trauma leggero e di per sè incapace di uccidere; all'autopsia si trova che il soggetto è affetto da una grave affezione organica, frequentemente l'arteriosclerosi. E spesso in casi di questo genere riesce difficile stabilire con sicurezza quanta parte abbia avuto l'infortunio nel determinare la morte del paziente.

Infine vi sono casi, e questi sono i più comuni, d'individui sofferenti in conseguenza di un infortunio, che esagerano i loro disturbi e non guariscono nel tempo presumibilmente necessario continuando a reclamare indennizzi.

Nella vita ordinaria il desiderio e la mira di un sofferente è quello di ristabilirsi al più presto possibile ed a tale scopo si fa ogni sforzo per secondare il medico nella sua opera curativa.

Ma quando, come accade per gli operai che si beneficiano della legge degli infortuni sul lavoro, un infermo trae vantaggio dalla sua malattia, non vi è cura che possa ristabilirlo e la sua malattia si prolunga indefinitamente.

In questi casi non si tratta di vera simulazione, perchè non vi è da parte del soggetto deliberata intenzione d'ingannare, ma mancano solo le spinte che lo inducano a ristabilirsi ed a ritornare al lavoro. Egli non simula: è un valetudinario e non un simulatore.

E valetudinarii e non simulatori son quegli individui, che specie dopo un sinistro ferroviario, accusano dei disturbi nervosi. Essi, lungi dal migliorare, accentuano il loro stato nevrotico colle ansie della lite; non guariscono fino a quando non sia stato loro liquidato pacificamente o giudizialmente l'indennizzo. Essi non sono simulatori e talora neppure esageratori, i disturbi accusati per lo più esistono realmente, ma non sono di-

rettamente causati dal trauma, sono invece determinati dallo speciale stato di animo in cui si trova il soggetto.

L'A. ricorda al riguardo numerosi casi capitati alla sua osservazione d'individui nevro-traumatizzati che si dichiaravano incapaci a qualsiasi genere di lavoro e che poco tempo dopo conseguito il sospirato indennizzo ritornarono alle loro abituali occupazioni.

Prima dell'applicazione della legge per gl'infortunii sul lavoro e dell'assicurazione obbligatoria per le malattie degli operai, si vedevano individui affetti da malattie anche gravi, come vizii valvolari del cuore, bronchiti con enfisema, rigidità del dorso, da sciatica, da nevrastenia, attendere per quanto più era loro possibile al proprio lavoro; oggi, che la malattia per l'operaio non costituisce danno economico, si vedono individui sottrarsi al lavoro per leggeri e vaghi disturbi.

È ben difficile è il compito del medico delle Compagnie di assicurazione quando si tratta di stabilire fino a qual punto una lesione o una malattia possa essere compatibile col lavoro.

I casi di simulazione che più frequentemente occorrono sono quelli relativi a malattie nervose. I casi di pura chirurgia proporzionalmente rari; molti i casi di oculistica, pochi quelli di otorinolaringoiatria, meno ancora quelli di dermatologia.

La diagnosi di simulazione è spesso difficilissima.

Il successo del simulatore dipende dalla esattezza con la quale egli è capace di rappresentare il quadro clinico dell'affezione.

Fortunatamente i simulatori raramente sono abbastanza esperti e per lo più essi caricano le tinte del quadro che fingono.

Le malattie organiche sono difficilmente simulabili e raramente sono simulate. Pertanto nei casi sospetti di simulazione conviene anzitutto con un esame diligente escludere la esistenza di lesioni organiche.

In neuropatologia la diagnosi differenziale tra una forma organica ed una funzionale non è sempre facile, anche nei casi non sospettati di simulazione, ed ancora più difficile riesce quando il giudizio del medico è deviato dal sospetto di simulazione, quando non si può essere sicuri dell'attendibilità delle asserzioni del soggetto.

D'altra parte ci sono alcune condizioni patologiche, anche molto gravi, a sintomatologia subbiettiva molto penosa, che sono legate a lesioni anatomiche difficilmente rilevabili o addirittura non rilevabili all'esame fisico, come i piccoli aneurismi situati profondamente nel torace, le malattie delle arterie coronarie con grave angina pectoris.

Più che nelle forme funzionali, nelle malattie organiche obbiettivamente accertabili è necessario assicurarsi se esse sono state provocate dal trauma, o se sieno state da esso aggravate: al riguardo i precedenti del soggetto, la natura ed intensità del trauma, il punto colpito, la estensione ed il decorso del processo morboso sono dati che possono condurre ad un giusto apprezzamento.

Nelle simulazioni parziali le difficoltà della diagnosi sono ancora più gravi: è spesso impossibile dire quali sintomi ed in quanto sieno veri e dovuti alla malattia organica constatata e quali sieno invece simulati e quali volontariamente esagerati dal paziente.

Vi sono alcuni sintomi che finora sono stati creduti assolutamente non simulabili, segni sicuri di lesioni organiche, conclusivi per escludere la simulazione, come l'atrofia muscolare localizzata, la reazione degenerativa, la paralisi degli sfinteri, le piaghe da decubito, il sintoma di Babinski, il clono del piede tipico e persistente, la perdita dei riflessi patellari, le nevriti e l'atrofia ottica, ecc.; pure qualcuno di essi ha perduto il valore probativo ad essi attribuito.

L'A. ricorda al riguardo il caso di un individuo che si trovò in un sinistro ferroviario, e che insieme a gravi fatti neurastenici presentava paralisi degli sfinteri: era ovvio pensare che il soggetto oltre che alla forma nevrotica fosse arfetto da una lesione organica: eppure egli dopo il conseguimento dell'indennizzo guarì della nevrastenia e della paralisi degli sfinteri.

Si è affermato che si può scoprire la simulazione delle paralisi a mezzo dell'elettricità; nulla di più inesatto in quanto che è abbastanza noto che anche in casi di paralisi permanenti i muscoli si contraggono sotto l'azione della corrente faradica.

Ne può concludersi che una contrattura sia simulata solo perchè si rilascia sotto la cloroformizzazione del soggetto.

Questi mezzi diagnostici possono invece assere di aiuto per differenziare le forme organiche dalle funzionali.

Il fenomeno di Romberg, ritenuto finora segno esclusivo delle forme tabetiche e delle malattie

dell'orecchio interno, può essere legato a condizioni psichiche, a forme di esaurimento, e può anche essere simulato, per quanto al medico riesce facile svelare l'inganno.

L'A. conclude affermando che solo medici pratici e versati in materia d'infortunio sono in grado di scoprire le simulazioni con maggior e approssimazione e che ad ogni modo ad essi compete sempre l'obbligo di esaminare minutamente e spassionatamente i presunti infermi e e nei casi dubbi consultare gli specialisti delle varie branche della medicina, di ripetere gli esami a distanza di tempo ed inviare i periziandi in osservazione negli ospedali.

Raccomanda infine che nei casi puramente funzionali e nei quali si deve escludere sicuramente ogni lesione organica, il sussidio di malattia agli operai, di cui la legge inglese, non debba prolungarsi indefinitamente, ma sia limitato ad un certo periodo di tempo, e che nelle liquidazioni d'indennizzo per le stesse forme funzionali ai sinistrati in ferrovia si debba tener conto che essi guariscono sicuramente dopo il conseguimento della indennità, avendo oramai l'esperienza dimostrato che le forme nevrotiche posttraumatiche sono sostenute o dal timore di perdere il sussidio di malattia, o dall'attesa ansiosa del sospirato indennizzo.

DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta straordinaria del 6 luglio 1913.

Presidenza del dott. U. Arcangeli, presidente.

Dott. **G. Garibaldi**. *Un caso di alterazione congenita dell'ipofisi con corrispondenti anomalie di sviluppo.* — L'O. dall'osservazione clinica e da esperienze fatte sugli animali (conigli) trae la conclusione che lo stimolo fisiologico deficiente dell'ipofisi, come quelli della tiroide e delle capsule surrenali, possa influenzare malamente la nutrizione della cute e del sistema nervoso.

Dott. **P. Filadoro**. *Sifilide neuropatica, blenorragia come cagione di stato elefantiastico vulvare.* — L'O. riferisce la storia clinica e fa considerazioni su di un importante caso capitato alla sua osservazione, le cui manifestazioni dovevano essere messe in rapporto con una lue ereditaria. La manifestazione uniforme papulo-condilomatosa sclerotica, con grave stato di anemia, debilitazione delle forze, senza un segno di traccia di accidente iniziale e di panadenopatia caratteristica secondaria di altre regioni, parlava appunto per una forma luetica ereditaria.

Dott. **G. Comparato**. *Modificazioni dell'eccitabilità elettrica nerveo-muscolare indotte a distanza da stimoli e da lesioni periferiche.* — L'O. dalle sue esperienze conclude che le lesioni e gli stimoli periferici inducono a distanza delle alterazioni dell'eccitabilità elettrica. La durata e l'intensità delle alterazioni dipendono dalla natura e dalla energia dello stimolo adoperato.

Le modificazioni dell'eccitabilità elettrica sull'arto omologo sono dovute ad un'azione controlaterale esercitata dalle lesioni e dagli stimoli periferici sui centri spinali.

Prof. **F. Ghilarducci**. *Azione del radium sulle culture di bacillo tubercolare.* — L'O. da esperienze fatte sulle cavie si è potuto convincere che il radium ha un'azione manifesta nell'attenuare le culture di bacillo tubercolare; che l'attenuazione è dimostrata da una maggiore sopravvivenza degli animali e da una spiccata reazione fibroplastica dei tessuti, particolarmente irradiati (fegato); che l'attenuazione non è dovuta all'azione dei raggi alfa; che la formazione fibroplastica non sta in rapporto diretto colla maggiore sopravvivenza degli animali, ma verosimilmente colla qualità della radiazione.

A. BALDONI.

Società Eustacchiana di Camerino.

Seduta del 30 aprile.

Presidenza: Prof. **Andrea Ferrannini**, presidente.

Iovine Giovanni. *Su un nuovo metodo di dosamento dello zucchero.* — Trattasi del metodo proposto da Borelli, della Clinica medica di Torino, nello scorso anno e poggiato sul fatto che il solfato di rame, in presenza di carbonati alcalini e di rodanato di potassio, viene ridotto a caldo dal glucosio, non come ossidulo rosso di rame, ma come rodanuro di rame, che oltre ad essere appena biancastro, resta stabile al contatto dell'aria, è solubile in un accesso di rodanato potassico, onde, quando il glucosio ha ridotto il solfato di rame, si vede il liquido precedentemente bleu, diventare incolore o bianchiccio e mantenersi limpido. Borelli proponendo i dettagli tecnici per l'adattamento di questa reazione allo scopo di dosare il glucosio, ha già notato che anche altri zuccheri, non solamente il glucosio,

dànno la reazione, e così possono dosarsi. L'O., oltre a confermare questo fatto, che ha notato per monosaccaridi (glucosio e levulosio), bisaccaridi (saccarosio, lattosio), pentosi (arabinosio) d'altra parte ha osservato che le più diverse, orine, appartenenti a sani ed infermi, e sicuramente esenti di quasivoglia zucchero, anche se previamente decolorate con carbone animale, hanno presentata la reazione dello scoloramento del reattivo, per quanto con intensità minore rispetto alle orine certamente zuccherine.

Indagando a quali sostanze, diverse dagli zuccheri, fosse dovuta questa simulazione degli zuccheri, l'O. da una serie di esperimenti, compiuti sotto la direzione del prof. Ferrannini, è venuto alla conclusione che esse consistono semplicemente negli urati ed ha trovato utile un espediente chimico, il quale mentre elimina sicuramente gli urati, non precipita il glucosio, anche se presente nella proporzione di 1 su diecimila. Questo espediente consiste nel trattamento preliminare della urina con una soluzione acquosa di acetato neutro di piombo a 25 % e nella eliminazione successiva del sale di piombo mercè una soluzione acquosa satura di carbonato sodico. Come altri dettagli sulla tecnica, l'O. ha messo in rilievo che conviene sempre preparare estemporaneamente la miscela delle due soluzioni (solfato di rame e rodanato di potassio) da cui risulta il reattivo, e che, quando la reazione è positiva, allo scoloramento del bleu si sostituisce un colorito alquanto gialletto, senza che da ciò risulti turbata la nettezza della reazione. S.

Società Emiliana e Marchigiana di ostetricia e ginecologia.

Adunanza del 29 giugno 1913.

Presiede **E. Ferroni.**

Calderini. *Nuova contribuzione allo studio della coincidenza della mola vescicolare colla degenerazione cistica delle ovaie e del corio deciduoma* (presentazione del pezzo anatomico e di preparati). — L'O. aggiunge ai casi da lui descritti e studiati di coincidenza di mola vescicolare con degenerazione cistica dell'ovaie e corionepitelioma, un altro recente caso in cui ad un corionepitelioma preceduto da mola vescicolare, si associava tale degenerazione. L'A. richiama l'attenzione sui lavori italiani sull'argomento.

Ferroni. *Metrorragia delle vergini da tubercolosi del corpo uterino* (presentazione di preparati). — In tre vergini (due delle quali risp. di 12 e 14 anni) con metrorragie ribelli a cura medica l'O. constatò al raschiamento, tubercolosi del corpo come causa di manifestazioni emorragiche.

Questi tre casi di tubercolosi del corpo uterino appartengono ad una serie di 14 casi così trattati e quindi l'O. fa rilevare quanto alta possa essere la percentuale di tali forme morbose. Clinicamente trattavasi di lesione primitiva specifica del corpo uterino.

Delle due bambine in una dopo il raschiamento le metrorragie cessarono definitivamente e più tardi si ebbe amenorrea, nulla si notò più a carico dei genitali, le condizioni generali si fecero floride, ma dopo un certo tempo scoppiarono nella pleura e nel peritoneo localizzazioni tubercolari gravissime.

Nell'altra al raschiamento seguì un peggioramento locale a carico degli annessi con deperimento generale che obbligò alla salpingoovarioisterectomia seguita fino ad ora da completo benessere senza alcun segno di nuova localizzazione.

Dal punto di vista clinico si può affermare che nessuna differenza passa nelle vergini tra queste metrorragie da causa specifica e quelle da solita iperplasia della mucosa uterina; la diagnosi risulta dall'esame microscopico dei frammenti di mucosa asportati.

In tutti i casi di metrorragia delle vergini è pertanto necessario il raschiamento a scopo diagnostico.

Nelle forme dimostratesi tubercolari l'efficacia curativa di questo intervento potrà essere nulla, come potrà associarsi all'insufficienza terapeutica il pericolo della maggiore intensità o della diffusione del processo infettivo.

Il solo raschiamento e la cura generale potranno bastare nei casi sorpresi al loro inizio in cui il processo specifico è lento e non tende alla diffusione. L'osservazione continua e prolungata dell'inferma e l'ablazione utero-ovarica immediata qualora la lesione locale assuma andamento progressivo, completano la linea di condotta in tali forme.

Negli altri casi caratterizzati da una lesione profonda dell'endometrio sin dal primo raschiamento praticato, e da continuazione di quei disturbi che avevano consigliato il raschiamento e ancor più da contemporanea lesione annessiale che si può presumere della stessa natura specifica, l'isteroannessiectomia trova la sua piena indicazione.

L'età del soggetto che ci fa essere molto prudenti rispetto all'operazione demolitrice, non può in questi casi limitare l'opera del ginecologo; essa anzi può maggiormente consigliarla, visto che le forme di endometrite tubercolare più gravi spettano appunto a quei soggetti e che la stessa età giovanile è condizione favorevole alla loro più rapida evoluzione.

Zanfrognini. *Sul trattamento delle stenosi cervicali.* — L'O. ottenne la dilatazione ampia e permanente del canale cervicale già ampliato nel lume colla cervicotomia e dilatazione graduale, mediante l'applicazione nel canale stesso di una spirale cilindrica di filo d'alluminio che sostituisce i tubetti ed i comuni pessari endouterini. Secondo l'O. questo mezzo è più adatto dei precedenti ben tollerato e dà risultati migliori.

Pazzi. *Protesi addominale ginecologica.* — L'O. propone una ventriera elastica da lui fatta costruire, la di cui azione contentiva risponderebbe bene allo scopo, corrispondendo la ventriera stessa a quei principî funzionali e meccanici che sono proprio dei muscoli e delle fasce delle pareti addominali.

Detta ventriera ha azione profilattica e curativa ed ha corrisposto in casi di ptosi viscerale, ernie, fistole laparotomiche, rene mobile, ecc.

Pazzi. *Tenia e gravidanza.* — Descrive un caso di *Taenia solium* in gravidanza e si occupa della cura di questa malattia durante la gestazione.

Colorni. *Osservazioni intorno a tre casi di taglio cesareo classico dei quali uno ripeluto nella stessa donna.* — L'O. descrive tre casi di taglio cesareo classico uno dei quali ripetuto ed a proposito di quest'ultimo si dichiara contrario alla sterilizzazione dalla donna.

Discute la sede migliore della nuova incisione uterina e prende in esame la possibilità di rottura dell'utero gravido. Dice dei buoni risultati che dà la pituitrina durante questi atti operativi.

Colorni. *Dermatosi (herpes zoster) complicante una gravidanza.* — L'O. presenta un caso di herpes zoster sul decorso del 7° nervo intercostale sinistro, sviluppatosi il giorno precedente al parto e scomparso poi rapidamente. L'O pone in connessione questo fatto collo stato autotossico gravidico.

Colorni. *Sui vantaggi dell'esplorazione rettale durante il travaglio di parto.* — L'O. tratta la questione dell'esplorazione rettale durante il travaglio di parto e fa constatare come essa non valga meno della vaginale per mettere in rilievo alcuni dati obbiettivi e come in alcuni casi presenti dei vantaggi rispetto a quest'ultima.

Ballerini. *Il sistema nervoso vegetativo nello stato puerperale.* — L'O. riferisce brevemente le prime conclusioni di una serie di ricerche già iniziate ma finora limitate ad un numero non grande di casi (33) che gli permettono solo qualche considerazione riguardante il modo di comportarsi del sistema nervoso vegetativo durante lo stato puerperale in condizioni normali e patologiche.

Lo studio sistematico comprende tanto il rilievo e la ricerca clinica di tutti quegli elementi che servono alla valutazione delle condizioni normali e patologiche delle varie sezioni che costituiscono tale sistema, quanto l'indagine farmacodinamica corrispondente.

Poche sono le conclusioni di indole generale possibile. In complesso, a parte molte considerazioni riguardanti il valore attribuibile alla ricerca farmaco-dinamica, si potrebbe nei limiti delle ricerche finora eseguite asserire che in condizioni normali la gravidanza induce per se stessa un lieve stato di ipertonicità del sistema vegetativo, soggetto però a forti variazioni individuali senza che d'altra parte si possa stabilire in modo evidente una netta distinzione o prevalenza di simpatico o vagotonia. Forse uno stato di ipertonicità del sistema autonomo, si nota prevalentemente in soggetti a manifestazioni gravidico-tossiche durante i primi mesi, mentre si può quasi affermare che una assoluto simpatico-ipertonia tanto in condizioni gravidiche di norma, quanto patologiche costantemente manchi.

Per ora inoltre non si hanno che scarsi elementi alla mano per poter asserire in condizioni fisiologiche di gravidanza un antagonismo funzionale a iperfunzione genitale di fronte alle capsule surrenali, per considerare come manifestazioni di vagotonia i fenomeni gravidico-fisiologici dei primi mesi e per interpretare infine come effetto di prevalente azione sul sistema autonomo alcune manifestazioni tossiche dei primi tempi della gestazione (vomito incoercibile, ptialismo) per quanto la facile sopportabilità delle gravide di fronte all'adrenalina, i noti effetti terapeutici di questa ultima in alcuna di queste forme di tossicosi siano di sostegno a tali concetti.

Nelle albuminuriche e nelle eclamptiche è notevole il prevalente stato di ipertonicità del sistema autonomo-consensuale, fatto che può avere alto valore fisio-patologico.

Molteplici altre questioni collaterali che riguardano sopratutto i rapporti tra sistema vegetativo, gravidanza ed organi endocrini, non potranno essere presi in considerazione che nel lavoro in esteso e sulla base di un materiale più abbondante di osservazioni.

DECIO.

Pubblicheremo prossimamente:

Forlì, Gli stati di ansia;

Forlì, Il cretinismo;

Santori, La morte profumata;

Tenani, Sopra un nuovo metodo di emostasi definitiva del fegato;

Mancioli, Sulla sintomatologia delle etmoiditi croniche.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'origine delle emolisine.

Metchnikoff pel primo cercò di risolvere il problema dell'origine delle emolisine: iniettando emazie d'oca nel peritoneo della cavia egli trovò emolisine nei gangli linfatici e nella milza, nell'apparato cioè *macrofagico*; senonchè la splenectomia non diede effetti sensibili sulla produzione delle emolisine. Anche le esperienze di Tarrassewitch confermarono che se pure la milza ha una certa importanza per la produzione delle emolisine, essa può essere facilmente compensata.

Seguono le indagini di Levaditi, il quale in seguito ad iniezioni intraperitoneali di emazie trova emolisine nell'epiploon e nei gangli, ma non ne rinviene nel midollo osseo: in questi stessi organi e Metchnikoff e Levaditi ritrovano macrofagi carichi di frammenti di corpuscoli rossi.

Accanto a tali ricerche d'indole specifica sono note le ricerche di Wassermann e Citron di Römer, le quali dimostrano nettamente che gli anticorpi si formano in gran parte *in situ*.

Achard-Foix e Salin (*La Presse Méd.*, 15 febbraio 1913) partono da tali esperienze, per ricercare, col metodo degli estratti di organi, quale parte spetti agli organi ematopoietici e ai tessuti locali nella produzione delle emolisine.

In 4 cavie essi inoculano ogni 4 giorni, cinque o sei cmc. di emazie di cane nel peritoneo: il primo animale è sacrificato l'indomani della prima iniezione, il secondo l'indomani della seconda, il terzo il giorno seguente alla terza iniezione, il quarto l'indomani del quarto: degli animali sacrificati hanno saggiato l'azione emolitica rispettivamente del siero e degli estratti di organi: il potere emolitico compare nel siero verso la terza iniezione, ed è sempre assai forte dopo la quarta; negli estratti degli organi invece (milza-fegato) è sempre poco netto, e di poco differente dagli estratti di organi di animali nuovi: gli organi quindi con ogni verosimiglianza non sono i centri produttori delle emolisine.

Seguendo la via peritoneale per le iniezioni di sangue gli AA. hanno trovato che il riassorbimento delle emazie avviene con grande rapidità: mezz'ora dopo l'inoculazione compaiono polinucleari che cominciano ad inglobare le emazie, dopo due ore compaiono i macrofagi che fagocitano emazie e perfino polinucleari morti e ripieni di emazie già fagocitate; il processo raggiunge il massimo alla 6ª-8ª ora; l'essudato a tal punto contiene più leucociti che emazie.

Dopo 15-18 ore non resta più traccia di essudato peritoneale.

Il liquido peritoneale nelle ultime ore (15ª-18ª ora) diventa roseo: oltre la fagocitosi si ha cioè emolisi; saggiato però l'essudato non manifesta azione emolitica; — neanche l'estratto fresco di macrofagi presenta potere emolitico diverso da quello degli estratti di organi in generale —; ma l'intensità del processo macrofagico, la presenza di emolisine in gran quantità nel sangue, in piccola quantità negli organi in cui si rifugiano i macrofagi, costituiscono buoni argomenti in favore dell'ipotesi che attribuisce alla fagocitosi e alla macrofagia la produzione di questi anticorpi.

Carrel d'altra parte *in vitro* ha dimostrato la produzione di emolisine introducendo corpuscoli rossi in culture di midollo osseo: le cellule bianche inglobano i corpuscoli rossi, e l'essudato ha netto potere emolitico specifico.

Emolisino-poiesi ed eritro-fagocitosi sarebbero, secondo gli AA. i due termini d'una stessa funzione, sì che le esperienze moderne confermano ancora l'ipotesi di Metchnikoff dell'*origine fagocitaria delle emolisine*. *t. p.*

CASISTICA.

La diagnosi della tubercolosi miliare.

Mattes, *Mediz. Klinik*, 1912, n. 44, osserva che la diagnosi della tubercolosi miliare acuta è spesso assai difficile; il quadro clinico infatti non corrisponde sempre a una delle tre forme classiche (tifosa, polmonale, meningea) che i trattati descrivono, essendo frequenti forme atipiche, in cui, specie all'inizio della malattia, è difficile una diagnosi esatta.

Il decorso della febbre non è caratteristico; la malattia può infatti iniziare acutamente con brivido seguito da febbre alta, ma la temperatura può anche aumentare lentamente e gradatamente; nell'ulteriore decorso la febbre può essere continua o fortemente remittente, o cambiare tipo; la febbre può raggiungere un grado elevato, ma può anche mantenersi entro limiti bassi, anzi Leichtenstern parla perfino di casi decorsi senza alcun aumento di temperatura.

Il tumore di milza depone per una infezione generale, ma non ha nulla di caratteristico per la tubercolosi. Lo stesso dicasi dei rumori cardiaci accidentali. Il polso suole essere frequente e talora si fa anche irregolare. Nell'orina si riscontra albuminuria febbrile. La diazoreazione suole essere positiva.

Nei casi dubbi può riuscire utilissima la ricerca di microrganismi specifici (cocchi della suppurazione, pneumococchi, bacilli del tifo, plasmodii della malaria) il cui reperto positivo fa escludere la tubercolosi. Tuttavia si tenga presente che in infermi di tubercolosi miliare sono stati trovati nel sangue bacilli del tifo; ciò che viene spiegato o ammettendo che si trattasse di portatori di bacilli, o supponendo che i germi del tifo fossero penetrati nel sangue attraverso ulcerazioni tubercolari dell'intestino. Per quanto riguarda l'esame degli elementi morfologici del sangue, l'A. crede importante richiamare l'attenzione sulla esistenza di una polinucleosi da lui osservata in parecchi casi di tubercolosi miliare.

Il riscontrare nel sangue il bacillo di Koch (la cui identità può anche venire accertata mediante iniezioni in animali) dimostra che il soggetto è tubercoloso; ma, potendo tale reperto riuscire positivo in tutte le forme di tubercolosi, e anche in casi di tubercolosi latente, non deve affatto venir considerato come caratteristico della miliare. Analoga considerazione può farsi per la reazione di v. Pirquet alla tubercolina.

I tubercoli nella coroide, descritti da Cohnheim e Manz, sono visibili solo in qualche caso. Lo stesso dicasi della neuroretinite.

Degni di considerazione sono i fenomeni dipendenti dalla localizzazione polmonare dei tubercoli. In genere esistono cianosi e dispnea non sufficientemente spiegate dagli scarsi reperti dell'esame obbiettivo. Varii AA. hanno richiamato l'attenzione sulla frequente esistenza di un lieve enfisema acuto. Jürgensen ha descritto sfregamenti pleurici dolci, dovuti alla eruzione di tubercoli sulla sierosa. Spesso esiste tosse secca e tormentosa, senza espettorato.

La radiografia rappresenta un valido sussidio diagnostico, specialmente da quando si è riusciti a praticare delle istantanee, eliminando così la confusione che producevano i movimenti respiratori. Le recenti osservazioni di Haudek, Assmann, Lorev, ecc. concludono nel far ritenere caratteristica della tubercolosi miliare acuta la constatazione, nella radiografia, di piccoli noduletti.

Importante è anche l'esame del liquido cefalorachidiano. In questo la pressione è aumentata; il liquido è chiaro o appena lievemente torbido; l'albumina è aumentata; esiste linfocitosi.

Nelle tubercolosi miliare possono riscontrarsi anche alterazioni nella cute; più importante fra tutte è la presenza di tubercoli contenenti bacilli. Leiner e Spieler hanno anche descritto macchie emorragiche delle dimensioni di una testa di spillo, dovute a trombosi di piccole arterie per embolie bacillari. Si riscontrano inoltre talora macchie simili a quelle della roseola ed eruzioni di herpes.

V. FORLÌ.

TERAPIA.

Le iniezioni epidurali nell'impotenza sessuale.

Boulanger (*Journal des Praticiens*, marzo 1913) osserva che il problema della terapia della impotenza sessuale è di una eccezionale importanza, per la gravità delle conseguenze morali, familiari e sociali a cui spesso porta questa malattia.

I medicamenti più svariati sono stati proposti per questa cura, ma tutti han dato risultati poco incoraggianti. E non deve ciò meravigliare, perchè la più parte di essi avevano un valore puramente empirico. La terapia dell'impotenza ha cominciato ad avere una base razionale e scientifica in virtù del metodo delle iniezioni epidurali.

L'efficacia di questo metodo nella cura dell'incontinenza essenziale delle urine e della sciatica è ormai comunemente nota ed ammessa. Questo metodo di cura trova le sue migliori indicazioni in certe malattie degli organi genito-urinari. Fra queste, l'impotenza sessuale, che per la sua frequenza e tenacità ostinata è spesso la disperazione del paziente e del medico, cede perfettamente in certi casi a questo nuovo metodo di cura introdotto per la prima volta dal Cathelin nel 1903.

Dal punto di vista della gravità e della curabilità, bisogna distinguere varie sptcie di impotenza.

Anzitutto, non bisogna confondere l'impotenza con la frigidità sessuale nella quale si ha diminuzione o scomparsa completa dell'appetito sessuale; nell'impotenza invece persistono i desideri, ma manca l'erezione, o è incompleta, o è estremamente rapida e fugace, o può essere accompagnata da eiaculazione rapida e quasi istantanea.

Le forme di impotenza dovute a lesioni del midollo spinale, ad ablazioni o degenerazioni gravi della prostata, e all'età avanzata sono veramente inguaribili.

L'onanismo, le forme anormali di coito, l'alcoolismo ed altre intossicazioni, l'eccesso di lavoro intellettuale, le emozioni violente e gravi, ecc., sono le cause più frequenti dell'impotenza.

L'efficacia della cura può espletarsi in tutte le forme di impotenza d'ordine funzionale, senza lesioni organiche del midollo e di tutta la sfera genitale.

Come le iniezioni epidurali agiscono sui centri midollari in istato di inibizione funzionale?

Il cono durale arriva alla 2ª vertebra sacrale, il midollare soltanto alla prima lombare. Quivi han sede i centri nervosi che regolano le funzioni genito-urinarie. I fasci nervosi si distaccano dal midollo e, prima d'uscire per i fori del canale vertebrale, attraversano obliquamente lo spazio

epidurale che esiste fra la dura madre e il periosto intra-vertebrale.

È in questo tragitto che essi possono essere influenzati mediante liquidi iniettati attraverso l'orifizio postero-inferiore del canale sacrale. Il liquido così iniettato determina sui filamenti nervosi un vero *choc* che si trasmette ai centri nervosi, nei quali esso risveglia l'energia sopita od inibita.

È nota la tecnica di queste iniezioni. Si fa la puntura della membrana che chiude l'orificio posteriore del canale sacrale, e si bada che l'estremo dell'ago si arresti a qualche centimetro dal cono durale, così che l'iniezione si faccia nello spazio extra-durale e non sotto-aracnoidieno.

In ciò differisce dalla puntura lombare. Il liquido iniettato è la soluzione fisiologica di cloruro di sodio a 7.50 %.

Numerose osservazioni dimostrano la perfetta innocuità del metodo, e la sua efficacia nel massimo numero dei casi.

Le iniezioni epidurali sono una risorsa terapeutica preziosa contro l'impotenza sessuale, che di solito costituisce una sorgente di tormenti e di angosce, causa frequente di disastri famigliari e di suicidi. P. S.

Cura chirurgica e recidive dell'idrocele.

I metodi più diffusi di cura radicale dell'idrocele son quelli della eversione e della escissione della vaginale.

In una rivista pratica, il Lyle, nella *Semaine médicale* del 19 marzo 1913, dimostra che non sono molto rare le recidive dell'idrocele operato mediante l'eversione della vaginale. I diversi autori praticano in vario modo questo metodo: Andrews lussa l'idrocele intatto fuori delle borse, lo isola tutto intorno fino al cordone spermatico, pratica una piccola bottoniera al sacco vaginale, lo vuota e lo ribatte in alto lungo il cordone: la strettezza della bottoniera dovrebbe impedire la ridiscesa della sierosa. Il Lyle ricorda però i casi di recidiva avuti con questo metodo.

Il Doyen invece incide dapprima la vaginale, la isola, e poi ne fa l'eversione.

Le recidive son dovute al fatto che la vaginale eversa ritorna nella sua posizione primitiva e ricostituisce un sacco sieroso al testicolo. Per evitare ciò, Jaboulay fissa con qualche punto la vaginale eversa al tessuto connettivo del cordone spermatico.

Per questi inconvenienti, molti chirurgi preferiscono di praticare l'escissione della vaginale secondo il metodo del Bergmann, la quale costituisce un'operazione veramente radicale dell'idrocele. Ciò non ostante, rimanendo integra la sierosa testicolare, si sono avuti dei casi di recidiva.

Più sicura è la cosiddetta *trasposizione extrasierosa* del testicolo del Longuet: sulla faccia anteriore dell'idrocele si fa un'incisione di 4-5 centimetri e si lussa il testicolo, facendo l'eversione della vaginale e delle altre tuniche; con una sutura a sopragitto si addossano le due labbra della vaginale dal polo inferiore del testicolo fino al cordone spermatico; si riduce il testicolo e si sutura.

Se il sacco vaginale è molto ampio, si può associare una più o meno estesa escissione della sierosa. P. S.

Sieroterapia dell'idrocele.

Il metodo dell'autosieroterapia, preconizzato ed introdotto ormai nell'uso comune per le pleuriti e le asciti, è stato recentemente proposto nel trattamento dell'idrocele vaginale. Caforio riferisce nella *Riforma Medica* sui risultati terapeutici ottenuti in 73 casi di idrocele, trattati con questo metodo. In alcuni casi il liquido patologico iniettato apparteneva allo stesso infermo, in altri veniva raccolto da altri infermi.

Questo metodo si è dimostrato sempre innocuo.

Si vuota l'idrocele, e si iniettano nel tessuto sottocutaneo scrotale circa 5 cmc. del liquido medesimo.

L'A. ha avuto risultati negativi in 7 casi di idrocele infiammatorio o neoplastico.

Degli altri 66 casi, otto presentavano la tunica vaginale ispessita, 17 erano di natura tubercolare, e 56 idroceli idiopatici. Ottenne la guarigione nel 96 % dei casi. Ma dopo una prima puntura evacuatrice seguita da una iniezione, circa l'80 % dei casi presentarono una recidiva. Dopo una seconda iniezione, nel 42 % dei casi si ebbe guarigione definitiva.

La guarigione fu tanto più facile, quanto più di recente era apparso il versamento.

Negli idroceli voluminosi ci fu bisogno fino a 5 punture seguite da altrettante iniezioni.

Nelle forme di idrocele bilaterale, il trattamento del versamento di un lato ha fatto migliorare anche quello dell'altro lato.

È un metodo semplice pratico ed innocuo che può riuscire veramente prezioso.

P. S.

La dilatazione dell'uretra nella cura della tabe.

La dilatazione dell'uretra, quale metodo di cura della tabe, ha sollevato dapprima molte critiche: oggi si riconosce che può essere efficace, se è associata al trattamento abituale.

L'idea fondamentale di questo metodo di cura si riferisce al fatto che, benchè i tabetici abbiano una lesione midollare irreparabile, i loro disturbi

si modificano tutti i giorni e possono anche scomparire. Noi spieghiamo questi fatti per la coesistenza di lesioni periferiche, alle sorti e all'influenza delle quali si deve attribuire la varietà e la variabilità della sintomatologia della tabe.

Di fatti, si riscontrano lesioni speciali dell'uretra dei tabetici che presentano disturbi urinari, e lesioni rettali o gastriche nei tabetici che hanno crisi dolorose in questi organi.

Di più si possono provocare queste crisi ed aggravare le condizioni generali del paziente, se si irritano le loro lesioni periferiche.

Si comprende facilmente che il trattamento di queste lesioni fa migliorare lo stato generale.

È ciò che si ottiene mediante la dilatazione dell'uretra, del retto o del piloro. A questo metodo di cura è stato dato il nome di *riflesso-terapia* uretrale, rettale, ecc.

Sin dalle prime sedute, gli effetti benefici di questo trattamento si rendono manifesti nell'attenuazione progressiva di tutti i sintomi morbosi.

Nei casi di atassia grave, è stata praticata la *terapia riflessa vertebrale*, consistente in una percussione energica delle vertebre: dopo una sola seduta, scompaiono le parestesie delle gambe, ritorna la sensibilità profonda, e la deambulazione migliora sensibilmente. Questi risultati sorprendenti, ottenuti appena dopo 10 minuti, durano poche ore dopo la prima seduta; diventano definitivi e più completi se il trattamento è continuato per 6-8 settimane. Con la riflesso terapia vertebrale si ottengono rapidamente i risultati che non sempre si hanno dopo lunghi periodi di cura mediante la rieducazione dei movimenti, e sono tanto più notevoli quanto più grave è l'atassia.

P. S.

(*Journal des Praticiens*, aprile 1913).

Le istillazioni di nitrato d'argento nella cura delle uretriti croniche.

Introdotte circa 40 anni fa dal Guyon, le istillazioni uretrali di nitrato d'argento, per la fama mondiale del loro autore, per la semplicità della loro tecnica che le metteva alla portata di ogni medico pratico, per il grande valore terapeutico del nitrato d'argento, diventarono subito il metodo classico universalmente accettato nella cura delle uretriti croniche, e segnarono veramente un grande progresso in confronto ai metodi di cura allora in uso.

Le istillazioni di nitrato d'argento tengono e terranno il loro posto d'onore nel trattamento delle uretriti croniche; ma l'uretroscopia da qualche tempo ha dimostrato come l'uso eccessivo delle istillazioni sia illogico in determinati casi, perchè a volta sia inefficace, e come possa anche riuscire nocivo all'integrità della mucosa uretrale, se esse vengano praticate in numero eccessivo e con eccessiva frequenza.

L'uretroscopio serve a precisare la sede della lesione uretrale, sulla quale il medicamento deve pervenire, la moltiplicità o l'unicità della localizzazione del processo infettivo, e il diverso grado di gravità delle lesioni stesse: a tutto ciò devono essere relative e proporzionate le soluzioni da istillare.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, dice il *Boulanger* nel *Journal des praticiens* (10 maggio 1913), col metodo delle istillazioni semplici devono essere trattate le flogosi superficiali e piuttosto estese della mucosa uretrale, che di solito guariscono rapidamente mediante soluzioni deboli di nitrato d'argento; le localizzazioni più profonde e ben localizzate e circoscritte cederanno soltanto ad un trattamento prolungato ed energico praticato mediante l'aiuto dell'uretroscopio.

P. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(143) *Sulla disinfezione degli ambienti.* — Chieggo alla gentilezza di cotesta spettabile Redazione a sapermi dire, o con cartolina, o sulla « Posta degli abbonati », qual'è il mezzo migliore e più sicuro per la disinfezione delle stanze, ove abitarono tisici, e dei loro vestiari.

Trattandosi di disinfettare tutti i locali di una intera comunità, quale il mezzo più idoneo? E' sufficiente la formaldeide col solito apparecchio, od è necessaria anche la lavatura del pavimento e delle pareti col sublimato 2 ‰ e consecutiva imbiancatura colla calce? oppure v'è altro metodo riconosciuto migliore?

Sarei grato se cotesta spettabile Redazione volesse rispondermi il più presto possibile, indicandomi anche dove potrei attingere notizie diffuse in proposito.

Anticipando vivi ringraziamenti

Lugano, Dott. Amerio, abbonato 1299.

Dà buoni risultati se praticata secondo le norme che esporremo la disinfezione alla formaldeide.

E' molto consigliabile il processo Doerr e Raubischek, il quale non richiede alcun apparecchio o dispositivo speciale: basta mescolare formalina del commercio (soluzione di formaldeide al 40 %), permanganato potassico ed acqua.

Seguendo le indicazioni di Evans e Russel, conviene usare parti uguali di questi tre ingredienti. E seguendo le indicazioni di Lösener, è bene attenersi al quantitativo di kg. 3.3 per ciascuno di essi e per ogni 100 mc. di cubatura.

In un recipiente (di latta, di terracotta, di legno, ecc.) si versano dapprima la formalina e l'acqua, poi il permanganato (in piccoli cristalli); si agita per qualche secondo con un bastone e poi si esce rapidamente.

Se il locale è vasto conviene usare parecchi recipienti (uno per ogni 100 mc.).

Rispondono bene anche il metodo Flügge (evaporazione mediante il calore di formalina diluita) o la polverizzazione (spray); ma richiedono già mezzi speciali. E' molto pratico l'uso delle cartucce di « fumigator »; ma è poco sicuro.

Si osserveranno le seguenti avvertenze:

1° chiudere tutte le aperture dell'ambiente (le porte, le finestre, le bocche di ventilazione e della stufa, ecc.). Tuttavia, conformandosi al consiglio di Flügge, la chiusura non dev'essere ermetica, onde favorire i leggeri movimenti d'aria che assicurano una distribuzione uniforme del disinfettante;

2° tenere aperti gli armadi e i cassoni, sospesi gli abiti e la biancheria e i tappeti, scoperti i divani e le poltrone, disfatti i letti, ecc.; altrimenti la formaldeide penetra male;

3° d'inverno scaldare l'ambiente a 15-20° C.; altrimenti la formaldeide agisce lentamente.

La disinfezione durerà 3-4 ore ed anche più sino ad 8 ore se nel locale vi sono molte masserizie. Poi basta ventilare bene l'ambiente (solo se non è possibile una buona aerazione è indicato l'uso dell'ammoniaca, per neutralizzare la formaldeide residua).

Si consiglia di iniziare la disinfezione al mattino; verso mezzogiorno o nelle prime ore del pomeriggio si possono spalancare le porte e le finestre; la sera si può dormire nella stanza: resta un po' di cattivo odore, ma non nuoce.

Se vi sono espettorati secchi sul pavimento, sulle pareti, sui mobili, è necessario lavare queste parti con un disifettante liquido (per es. sublimato al 5-10 ‰, cresoli saponati, come i così detti lisoli, al 3-5 %); ecc.

Può consultare i seguenti lavori italiani:

OTTOLENGHI. *I batteri patogeni in rapporto ai disinfettanti.* Torino, 1899.

A. CORSINI. *I disinfettanti gassosi.* Firenze, 1909.

SIMON. Il Morgagni (Riv.), 7 ott. 1912. L. V.

(144) *Casistica ginecologica.* — Prego darmi nella « Posta degli abbonati » qualche considerazione sul caso che sottopongo.

Donna a 35 anni, mestruata a circa 13, sposata a 16. Ebbe: 1° aborto di 40 giorni, 2° un bambino vissuto 17 giorni; 3° bambino sano, tutt'ora vivente, divenuto sordo-muto a 8 mesi in seguito a meningite; 4° aborto di 3 mesi; 5° bambina sana morta ad 1 anno per febbri; 6° aborto di 40 giorni; 7° bambino che muore, asfissiato, nel parto. Sopraggiunge febbre puerperale che dura parecchi mesi. Ogni 25 giorni mestruazione. Emicrania terribile che *precede di pochi giorni la mestruazione, qualche volta di 24 ore.* Tipo anemico e fortemente nervoso. Probabilmente proviene da padre sifilitico. Tentate molte cure. Da 6 anni assolutamente non ingravida.

Ora domando a voi: Per quali rapporti l'emicrania precede la mestruazione? Potrebbe pensarsi all'idea geniale del Bossi? Occorrerebbe una visita di un illustre ginecologo?

Per quanto molto ristretti i dati che fornisco vi prego darmi la Vostra impressione.

Naro (Girgenti). Dott. Alfonso Sciplini.

Rispondiamo in via d'eccezione.

Riguardo alla forte cefalea che precede la mestruazione, è da osservare che essa abbastanza frequentemente si verifica e rientra nei fenomeni generali dati dalle mestruazioni e che riguardano il sistema nervoso. Non è da meravigliarsi poi che si verifichi nel caso speciale trattandosi di un soggetto molto nervoso. Non crediamo che siavi alcun nesso che possa spiegarsi con la teoria del Bossi, ancora combattuta da illustrii psichiatri e neuropatologi. Riteniamo perfettamente inutile una visita ginecologica a questo scopo. Sarà bene al contrario far praticare una visita molto accurata in rapporto sia alle condizioni genitali, sia per la sifilide, eseguendo anche la reazione di Wassermann.

I molteplici aborti avuti stanno ad indicare che un'infezione luetica esiste, e potrebbe con ciò, tenuto anche conto della forte anemia, connettersi il fatto che da sei anni la donna non viene più fecondata.

In qualunque modo sarebbe molto utile praticare una efficace cura ricostituente e una antiluetica. *f. b. l.*

(145) *Sui morbi esotici.* — Il dott. Pietro Galvagno di Catania scrive:

« Le sarei tenutissimo se nella *Posta abbonati* o con lettera volesse darmi le indicazioni bibliografiche delle più recenti opere e monografie italiane ed estere *Sui morbi esotici.*

« Spero che mi si vorrà, nell'uno o nell'altro modo, cortesemente favorire ».

Oltre alla monografia del prof. Gabbi, di cui è stato parlato a suo tempo in questo giornale, si può ricordare quella del prof. Ivo Bandi, *Spunti di patologia Nord-Africana,* Firenze, tipografia e lib. Claudiana, 1913.

Dei trattati sui morbi esotici si trovano nella traduzione italiana:

Mense, *Trattato delle malattie dei paesi caldi*, tradotto da Bertarelli e Rho, Unione tipografico-editrice torinese, 1906.

Manson, *Manuale delle malattie dei climi caldi*, tradotto da De Blasi, Società editrice libraria di Milano, 1911.

Recentissimo ed ottimo, in inglese:

Castellani and Chalmers, *Manual of Tropical Medicine*, London, Baillière, Tindall and Cox, 1913.

D.

Questa risposta vale anche per la seconda domanda del dott. N. M. da C.

(146). Il dott. Salvatore Panzali da Scano Montiferro (Cagliari) scrive:

Prego indicarmi a mezzo della « Posta degli abbonati » un trattato recente di materia medica e farmacologia in cui cioè siano ancora contemplate tutte le nuove preparazioni e i nuovi farmaci.

Scorra la rubrica dei « Cenni bibliografici » delle ultime annate del giornale e di quella in corso: vi troverà le indicazioni richieste. R. B.

(147) Prego cotesta spettabile Redazione volermi indicare nella rubrica « Posta degli abbonati » quale sia il Manuale più completo e migliore che tratti dell'allevamento dei bambini.

Con più sentiti ringraziamenti

Curinga — Abbonato 7171.

Le sarei grato se nella « Posta degli abbonati », volesse indicarmi un trattato pratico delle malattie dei bambini (pediatria).

Dott. Domenico Patanè da Acireale (Catania)

Vedano la risposta precedente. R. B.

(148) Il prof. Domenico de Sandro da Vallelanga Calabra scrive:

« Le sarei grato se si compiacesse informarmi a mezzo della rubrica *Posta degli abbonati* se per il prossimo anno scolastico la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Messina sarà aperta agli studenti ».

Non si sa. L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

W. GUTTMAN. **Medizinische Terminologie** 6^a-7^a ediz. rifatta ed aumentata. 1 vol. in-8 gr. a doppia colonna di pag. IX-1427. Berlin u. Wien, Urban e Schwarzenberg 1913 Rilegato, M. 17.

È questo il più completo dizionario di termini medici che si conosca.

Esso include non meno di settantamila voci primitive e forse altrettante derivate, concernenti le discipline mediche fondamentali e sussidiarie: ancora più di quante compongano una lingua moderna. Dunque un vero e copioso idioma si è reso ormai necessaio per esprimersi correttamente nelle discipline mediche...

Carattere essenziale del lavoro è la sobrietà delle definizioni: in tal modo è riuscito all'A. di condensare l'immensa materia in un volume maneggevole.

Pur essendo concise, ridotte proprio ai minimi termini, le definizioni sono chiare e rigorosamente esatte. Esse danno prova di una erudizione straordinaria nell'A.

La produzione italiana non è troppo rispettata. Sarebbe agevole all'A. di rimediare a questa menda nella prossima edizione, qualora egli volesse tener conto dei dizionari italiani di termini medici: Ferrio, Mariani, Parona, Caratù, ecc.

Non comprendiamo come vengano ora pubblicate due edizioni contemporaneamente: forse gli editori intendono designare due migliaia di esemplari.

Ad ogni modo, il susseguirsi delle edizioni dimostra come il libro del valente colonnello-medico tedesco incontri un largo favore nel pubblico medico; esso risponde a un bisogno. S. A.

Dott. J. SALPETER. **Einführung in die höhere Mathematik für Naturforscher und Aerzte.** Editore Gustav Fischer in Jena, 1913.

Un volume di 336 pagine e 147 figure nel testo: con immagini chiare e dimostrative l'A. vuole iniziarvi lo studioso ai problemi di matematica superiore. A facilitare la comprensione di tali problemi l'A. fa uso quasi esclusivo di immagini geometriche come quelle più accessibili anche a chi per natura non è specialmente inclinato alle discipline matematiche, è ciò sia nella trattazione del calcolo differenziale come integrale. Esempi tratti dalla fisica, chimica, fisiologia, serologia dimostrano come i metodi matematici possano essere in modo concreto applicati, anzi diremo che queste applicazioni rappresentano la parte fondamentale del libro, caldamente raccomandabile a medici e naturalisti che si occupano di problemi scientifici. C. MORESCHI.

Prof. RUBINO e dott. PORRINI. **Commissione d'inchiesta sul pericolo della intossicazione saturnina nella industria della coloritura.** Genova, 1912.

Edita a cura del Municipio di Genova, gli AA. pubblicano una relazione interessantissima sul grave e delicato argomento, utile contributo alla dimostrazione di speciali necessità igieniche e profilattiche nelle istituzioni e nella legislazione a tutela del lavoro insalubre, che ancora è così mal difeso nell'Italia in confronto di numerose altre nazioni. *p. s.*

E. RUGE. **Pathogenese, Klinik und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen.** Halle. Marhold, 1913.

La questione delle stenosi rettali è stata in questi ultimi tempi svolta ampiamente sia dal punto di vista clinico che terapeutico, per l'interesse che non solo i chirurgi ma anche i medici hanno prestato soprattutto dopo l'introduzione degli esami endoscopici sistematici. Anche la reazione del Wassermann ha portato molta luce sulla etiologia di molte stenosi, la cui natura altrimenti non sarebbe stata bene definita in base ai soli caratteri clinici ed anatomici.

La monografia del Ruge che fa parte della collezione Allbu dà un'esposizione chiara delle varie forme di stenosi rettali sia benigne che maligne, diffondendosi in modo speciale sulle indicazioni terapeutiche. P. A.

Dr. ARC. CREAZZO. **Studio su la morte apparente e la morte reale.** E. Loescher, 1913. L. 3.

Con indirizzo diverso, ma con elementi probativi identici, le due voluminose opere si propongono identico scopo di propaganda contro l'orribile pericolo della inumazione di individui solo apparentemente morti.

La disamina dei documenti presi a prestito da opere scientifiche, fin dalla cronaca di giornali politici è compito assai difficile; non ci addentreremo nella critica dei raffronti tra fenomeni fisiologici negli animali e manifestazioni morbose nell'uomo che il Creazzo tende a ravvicinare: il senso di meraviglia e di sorpresa però, che la contemporanea pubblicazione di queste due eleganti opere di propaganda (1913), suscitano nell'animo nostro, non sappiamo celare; forse la nostra meraviglia è un portato di quella incorreggibile ingenuità che ci fa ritenere ogni opera un necessario prodotto del tempo in cui l'opera è scritta: noi pensiamo ancora che la moderna coscienza medica e le precauzioni che la legge italiana ha dettato siano sufficienti garanzie per non popolare i cimiteri di sepolti vivi! *t. p.*

VARIA

L'Eutanasia. — Ci siamo più volte occupati del movimento americano a favore dell'eutanasia, ciò che significa por fine con una morte dolce alle sofferenze degli incurabili, abbreviarne l'agonia. Il « Temps » annunzia ora che al Parlamento tedesco sarà presentato un progetto di legge per l'eutanasia, del quale dà le linee principali, togliendole dal « Secolo monista », organo delle società tedesche di monismo. Ecco in sostanza il progetto di legge: 1° chiunque sia colpito da malattia incurabile ha diritto all'eutanasia; 2° il tribunale della sua circoscrizione riceverà la domanda del malato e statuirà circa il diritto all'eutanasia; 3° una Commissione medica nominata dal tribunale esaminerà il malato. Su domanda di questo altri medici potranno assistere alla consultazione. L'esame deve essere fatto entro otto giorni dalla presentazione della domanda; 4° il verbale dell'esame dirà se, secondo la convinzione dei periti medici, la morte è più probabile del ritorno alla salute o almeno di uno stato che permetta l'attitudine al lavoro; 5° se l'esame stabilisce la grande probabilità di un esito mortale, il tribunale accorda al malato il diritto all'eutanasia; 6° quando un malato ne ha fatto domanda formale e categorica, contro l'uccisore non può essere iniziata un'azione giudiziaria se il malato ha ottenuto il diritto all'eutanasia e se l'autopsia stabilisce che egli era incurabile....

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici di Roma. — La tesoreria dell'Ordine dei Medici di Roma prega i pochi medici ritardatari di mettersi in regola col pagamento del contributo 1913 che avrebbe dovuto farsi fino dal maggio ultimo.

Avverte inoltre che le sono pervenute da Roma due cartoline vaglia per il pagamento della quota di contributo senza nessuna indicazione dei mittenti, e prega questi di farsi riconoscere mediante indicazione del numero e della data dei vaglia.

Assegni di riposo. — Ecco l'elenco degli assegni di riposo conferiti ai sanitari condotti, loro vedove ed orfani, durante il primo trimestre dell'anno 1913 a carico della Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari dal Consiglio d'amministrazione.

Santoro dott. Francesco fu Domenico, di Cannitello (Reggio Calab.), L. 2693 — De Santis dott. Tito fu Tommaso, di San Martino al Cimino (Roma), L. 1899 — Gelmetti dott. Francesco fu Antonio, di Isola Rizza (Verona), Lire 1373 46 — Pennati dott. Giuseppe fu Alessandro, di Trescorre Balneario, L. 1485 — Bruno dott. Sergio fu Nicola, di Stornara (Foggia), L. 1779 — De Capua dott. Filippo fu Bruno, di Longobucco (Cosenza), L. 433 — Tognali dottore Bortolo fu Flaminio, di Gozzone (Brescia), Lire 1571 — Piccini dott. Valentino fu Antonio, di Monastir (Treviso), L. 2901.64 — Girardi dottore Pietro fu Giovanni, di Torre Orsaia (Salerno), L. 1255 — Cordano dott. Paolo fu Giov. Battista, di Borghetto Vara (Genova), Lire 2653.24 — Cadicano Clotilde vedova del dottore Bassa Stefano fu Giuseppe, di S. Demetrio Corone (Cosenza), L. 559.50 — Susi dott. Germano fu Croce, di Vittorio (Aquila), L. 3251.93 — Morisani dott. Michele fu Tobia, di Ponte Larone (Caserta), L. 2693 — De Marco dott. Paolo fu Giov. Battista, di Curti (Caserta), L. 3000 — Galasso dott. Gustavo fu Lorenzo, di Costacciaro (Perugia), L. 2728.44 — Rossari dott. Luigi fu Cristoforo, di Castelletto Ticino, L. 2414 — Cortassa dott. Giovanni fu Domenico, di Villastellone (Torino), L. 2269.36 — Migliorini dottore Pietro fu Giuseppe, di Occhiobello (Rovigo), L. 4149.88 — Cipeletti Maria Antonio vedova del dott. Fortuna Cesare fu Giovanni, di Soresina, L. 1013.50 — Trabucco dott. Francesco, di Carinola (Caserta), L. 2035.96 — Nicolini Elisa vedova del dott. Santirocco Vincenzo fu Giuseppe, di Vacri (Chieti), L. 2989.85 — Mecchio Teresa vedova Umberto Paolo fu Pietro, di Chivasso (Torino), L. 1010 — Felici dott. Vincenzo fu Giuseppe, di Valmontone (Roma), Lire 3010.79 — Liguori dott Tommaso fu Raffaele, di S. Anastasia (Napoli), L. 1987.77 — Cogo dott. Angelo fu Domenico, di Campodoro (Padova), L. 3251.58 — Ballotta dott. Luigi fu Salvatore, di S. Giovanni di Marignano (Forlì), L. 4320.06 — Morandi Elvira e figlia, vedova ed orfana del suddetto dottore L. 2149 58 — Tardioli dott. Dionisio fu Giovanni, di S. Martino in Pensilis (Campobasso), L. 2407 — Agostini dott. Riccardo fu Carlo, di Caltrano (Vicenza), L. 1506 — Salvemini Antonietta vedova Rotando Antonio fu Giuseppe, di Trani, L. 1500 — Orfani del dott. Filaferro Guglielmo di Giacomo, di Pocenia (Udine), L. 3118.85.

(*L'Avv. Sanit.*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(3987) *Armadio farmaceutico.* — Il dott. G. E. S. da A. desidera conoscere se l'armadio farmaceutico possa essere adibito anche per la somministrazione gratuita de' medicinali ai poveri.

L'esistenza dell'armadio farmaceutico dimostra che nel paese non esistono farmacie. È, quindi, doveroso che detto armadio provveda a tutte le modalità e necessità del servizio fra cui anche a quella che si riferisce alla distribuzione gratuita dei medicinali ai poveri.

(3989) *Sessennii - Pensioni.* — Il dott. A. Z. da C. desidera conoscere se il Comune in vista di un aumento di stipendio da lui conseguito, era in diritto di togliergli lire 12.50 mensili, che rappresentavano l'aumento sessennale precedentemente raggiunto e se può riscattare 3 anni e 10 mesi di servizio prestati dal 1886 al 1890.

L'aumento sessennale già conseguito rappresenta un diritto acquisito di cui non si può essere spogliato a beneplacito della amministrazione comunale. L'aumento di stipendio deve, quindi, soprapporsi e non sostituirsi a quello sessennale precedentemente ottenuto. Se era in servizio nell'epoca della andata in vigore della legge sulle pensioni potrebbe riscattare gli enunciati anni di servizio pagando il relativo premio stabilito dalla legge.

Con 62 anni di età liquiderebbe l'annua pensione di lire 1232.00; con 65 l'altra di lire 1451.

(3990) *Obblighi di servizio derivanti da capitolato.* — Il dott. G. B. da V. desidera conoscere se in occasione di riforma della convenzione re-

golatrice del consorzio presso cui presta servizio con cui gli si aumenta lo stipendio possa essergli imposto l'obbligo di prestare più di una visita al giorno nei varii comuni del consorzio, sempre che ne senta la necessità.

Noi crediamo che in occasione dello aumento dello stipendio ben poteva il consorzio imporle un onere maggiore di servizio. Nè si può invocare il diritto acquisito, giacchè gli obblighi maggiori sarebbero conseguenza delle migliorate condizioni economiche.

(3991) *Esercizio della medicina e della farmacia.* — Il dott. G. M. da M. R. desidera conoscere se essendo ritornato dall'America possa esercitare nel Regno la professione medico-chirurgica per cui trovasi laureato a Napoli e quella di farmacista per cui ottenne all'estero il relativo diploma.

Essendo fornito di regolare diploma rilasciato da una delle Università del Regno ben può esercitare la professione di medico-chirurgo. Per l'esercizio della farmacia occorra che si fornisca qui di bel nuovo del diploma corrispondente. In mancanza di esso non può nemmeno assistere un farmacista diplomato. Se conseguisse nel Regno la laurea in farmacia non potrebbe del pari esercitare la professione contemporaneamente a quella di medico-chirurgo, perche la legge espressamente lo vieta.

(3992) *Nomina del medico condotto - Approvazione.* — Il dott. G. S. C. da D. desidera conoscere se la nomina del medico condotto fatta dal Consiglio Comunale deve riportare l'approvazione della G. P. A. o se basti il solo visto prefettizio, anche quando il Comune ecceda la sovraimposta e la condotta sia piena.

La nomina del medico condotto, in qualunque modo e con qualsiasi modalità essa avvenga, è valida se fatta dal Consiglio Comunale e se la relativa deliberazione sia resa esecutoria mercè visto del Prefetto o del Sottoprefetto. Nel caso di condotta piena e di eccedenza della sovraimposta occorre l'approvazione della G. P. A. non per l'atto di nomina del condottato, ma per la deliberazione che istituisce nel Comune la condotta stessa e per il capitolato relativo.

(3994) *Congedo - Elenco dei poveri per medicinali.* — Il dott. D. 5931 chiede conoscere se sia lecito cumulare in un anno il congedo di due e quale articolo di legge o di regolamento stabilisca l'unicità dello elenco per la cura di assistenza medica e per la somministrazione gratuita dè medicinali.

Non è lecito cumulare in un solo anno due mesi di congedo per non far rimanere disorganizzato per molto tempo il normale andamento della condotta. Che unico debba essere l'elenco per l'assistenza sanitaria e per la somministrazione gratuita de' medicinali si evince chiaramente dallo articolo 62 del regolamento del 1906 in cui è detto che spetta la somministrazione dei medicinali *a tutti coloro, che hanno diritto alla cura ed assistenza sanitaria gratuita.*

(3995) *Ufficiale sanitario - Relazione co' medici condotti.* — Il dott. N. F. A. da C. desidera conoscere se l'ufficiale sanitario può scrivere direttamente ai medici condotti e dar loro ordini, senza il tramite del Sindaco.

Non è escluso che l'ufficiale sanitario, che ha obbligo di interessarsi di tutto ciò che possa riguardare la pubblica igiene, abbia facoltà di chiedere direttamente ai medici condotti notizie e chiarimenti sul decorso di talune malattie esistenti in atto. Crediamo, però, che ordini non possa dare se non pel tramite del Sindaco, non avendo egli alcuna supremazia od autorità sulla condotta medica, e sui sanitarii che la esercitano.

(3996) *Feriti in rissa.* — Al dott. abbonato 5570 che ci interpella su tale argomento rispondiamo che nessun speciale compenso compete al medico condotto per la cura dei feriti in rissa, anche se ricoverati nel civico ospedale ove egli è egualmente obbligato a curare tutti gli infermi.

(3997) *Pensioni - Infermità assunta in servizio od a causa del medesimo.* — Il dott. G. Z. da C. desidera conoscere se un processo tubercolare polmonare, consecutivo a strapazzo per ragioni di servizio gravoso, si possa considerare come malattia presa in servizio o per causa di esso.

Lo strapazzo ed il gravoso servizio possono essere cause predisponenti alla infezione tubercolare ma non efficenti, occorrendo la infezione del relativo bacillo. Se, però, Ella ha avuto, in grave stato di defaticazione, l'occasione di trovarsi in condizioni di assumere, per ragione del suo ufficio la infezione, ben potrebbe sostenere la tesi.

(3998) *Ufficiale sanitario - Incompatibilità - Pensioni - Relazione coi veterinario.* — Il dott. G. L. da N. desidera conoscere fino a qual grado di parentela sussiste incompatibilità fra ufficiale sanitario e farmacista. Desidera inoltre conoscere se un medico condotto nominato ufficiale sanitario abbia obbligo di versare doppio contributo alla cassa pensioni e se fra ufficiale sanitario e veterinario consorziale esistono obblighi di dipendenza.

La giurisprudenza non fa alcun cenno del grado di parentela capace di produrre l'incompatibilità fra chi esercita una farmacia e l'ufficiale sanitario. Per anologia alle disposizioni vigenti per altre cause di incompatibilità previste dalla legge comunale e provinciale, potremmo stabilire che la incompatibilità stessa non si estenda oltre il quarto grado civile. Se il medico condotto è no-

minato ufficiale sanitario, non crediamo che debba pagare doppio contributo perchè la di lui nomina non è definitiva ma semplicemente provvisoria, duratura, cioè, fino a quando non sia possibile scindere l'esercizio delle due cariche. Nessun rapporto di dipendenza esiste fra l'ufficiale sanitario sanitario ed il veterinario consorziale.

(4000) *Pensioni.* — Al dott. F. D. P. da M. rispondiamo che i versamenti volontarii debbono essere preannunziati all'ufficio sanitario della provincia per la redazione del relativo ruolo e che per conoscere quale aumento di pensione riceverà pel versamento volontario di lire 200 o 300 per dodici anni occorre che ripeta questa parte del quesito indicando l'età che avrà all'atto del collocamento a riposo.

(4002) *Stabilità - Aumento di stipendio - Nomina a vita della levatrice.* — Il dott. abbonato 6855, desidera conoscere: 1° Può un consiglio Comunale dare la stabilità ad un medico condotto prima della scadenza del biennio di prova? 2° A chi deve il medico rivolgere per ottenere un aumento di stipendio ed in che modo. 3° Se una levatrice che ha la nomina a vita presso un Comune possa essere egualmente nominata a vita in un altro.

Il Comune non può sopprimere o diminuire la durata del biennio di prova perchè esso è stabilito non nell'interesse personale del medico ma in quello supremo della salute pubblica. Per ottenere aumento di stipendio bisogna presentare ragionata istanza alla G. P. A. a' sensi dell'articolo 26 della legge. La istanza deve essere in carta da bollo. La levatrice non può ottenere aumento di stipendio se non rivolgendosi al consiglio Comunale.

Non perchè abbia la nomina a vita in un Comune la levatrice può essere nominata anche a vita in un altro. Per le levatrici occorre tener presente i regolamenti comunali esistenti nelle singole località. Se questi ammettono che esse acquistino diritto a nomina a vita dopo un determinato numero di anni di servizio, bisogna attendere che essi passano. Se non vi è alcun limite, potrebbesi anche ammettere la nomina a vita fin da principio.

Doctor JUSTITIA.

Il fascicolo di agosto 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

Condotte e Concorsi.

ANDEZENO (*Torino*). — M. condotto; L. 1200 oltre L. 100 quale U. S. e L. 450 dalla Congregazione di carità, per la cura dei poveri. Scad. 30 settembre.

BAROLO (*Cuneo*). — Condotto pei poveri; L. 1000 e L. 100 quale U. S., probabile assegno di L. 600 dall'Opera Pia Barolo se l'eletto sarà beneviso a quella Amministrazione. Abit. 1068. Scad. 15 sett.

BASCHI (*Perugia*). — Condotte di Civitella dei Pazzi e del IV Reparto; L. 3500 ciasc. nette, solo C. P., esonero cavalc., alloggio, cura generalità, ab. 1500 per la 1ª, 2000 per la 2ª. Scad. 16 settembre.

CARPIGNANO SALENTINO (*Lecce*). — Medico-chirurgo per Serrano. Stipendio lordo L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale. Chiusura 30 settembre.

CASTELL'ALFERO (*Alessandria*).—Ab. 3074. L. 200 per 400 poveri (comprese L. 300 uff. san.), tre sessenni, alloggio, congedo ordinario. Scade 10 settembre, assunzione del servizio dopo 15 giorni dalla partecipazione della nomina.

*CASTELNUOVO VERONESE (*Verona*). — 1° reparto; L. 3300, residenza nel capoluogo. Scad. 10 settembre.

CASTEL SAN PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — 4ª condotta; abit. 1685 e 66 poveri; L. 3000 pei soli poveri, lorde; tre sessenni; L. 600 d'indennità cav.; alloggio. Servizio entro 15 giorni dalla p. di nom. Scad. ore 18 del 3 sett.

CISANO SUL NEVA (*Genova*).— A tutto il 10 settembre concorso di medico condotto e ufficiale sanitario del Consorzio con Castelbianco; L. 1800.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*).— L. 3000 cura piena quattro sessenni. L. 200 uff. san., L. 120 arm. farm., ab. 2000. Scade 25 settembre.

CRESPINO (*Rovigo*). — 2° rep.; al 20 settembre; tutta cura; L. 4800 e L. 200 quale U. S. Termine per l'accettaz.: 10 giorni.

FERRARA. *Deputazione Provinciale.* — Medico ordinario di sezione addetto allo Stabilimento di Città nel Manicomio Provinciale; L. 2500 lorde, alloggio; otto trienni del ventesimo. Età 21-30 anni. Ufficio entro 15 giorni. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 settembre.

FORLÌ. *Congregazione di carità.* — A tutto il 15 settembpre p. v. è aperto un concorso al posto di aiuto nella sezione chirurgica dell'Ospedale civile « Aurelio Saffi » con l'assegno annuo di lire 2000; l'imposta di ricchezza mobile a carico dell'eletto. Questi durerà in ufficio due anni ma potrà essere confermato per un terzo anno.

*LATERA (*Roma*). — Condotta; L. 2600 poveri, L. 1000 abbienti, L. 200 per l'arm. farm., lorde; L. 100 U. S. Accettaz. entro 15 giorni. Scad. 30 giorni dal 20 agosto.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — A tutto il 15 settembre concorso pel 2° medico condotto; L. 2500 lorde delle quali L. 1200 per la cura dei poveri e L. 1300 abbienti.

MALONNO (*Brescia*). — È prorogato a tutto il 15 settembre il concorso medico; stipendio L. 4274

lorde, alloggio in casa espressamente costruita, sessenni, malattie a norma di legge. Popolazione 2514. Non obbl., nè bisogno di cav.

MONTECICCARDO (*Pesaro*). — L. 3000 pei poveri, L. 950 pei semiabbienti, L. 700 cavallo, L. 100 uff. san., tre sessenni, assicurazione infortuni. Scad. 15 settembre.

NUGHEDU S. NICOLÒ (*Sassari*). — Condotta generale; L. 3600 nette aument. Scad. 20 settembre.

OLMEDO (*Sassari*). — Condotto; L. 3000 nette, nomina subordinata decisioni G. P. A. Scadenza 30 settembre.

ORISTANO (*Cagliari*). — Condotto per i poveri; L. 2000 aument. Scad. 4 settembre.

PESARO. — Medico supplente. Documenti non oltre il 22 settembre. Stipendio L. 2500 lorde e L. 500 per cav. Stabilità dopo due anni. I medici condotti da supplire sono in numero di sette. Chiedere il bando.

* PIANDICASTELLO (*Pesaro* e *Urbino*). — Al 10 settembre conc. a medico-chirurgo; L. 3500 lorde; cav. gratuito; abitazione; terreno; esente tasse comunali. Ab. 926. Servizio entro 20 giorni.

*PIOBBICO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 12 settembre condotta; L. 4000 lorde, senz'obbl. cav.; L. 100 quale U. S.; ab. 2075. Servizio entro 15 giorni.

PORTICO E S. BENEDETTO (*Firenze*). — Condotta per S. Benedetto; L. 4600 lorde compresevi L. 600 per cavalc. e L. 300 per indennità di residenza; 3 sessenni; L. 800 nel caso di rinunzia al congedo ordinario. Scad. 30 settembre.

RANZANICO-BIANZANO (*Bergamo*). — Medico-chirurgo consorziale; ab. 1602; nessun obbl. cav.; L. 3500 lorde, tre sessenni, alloggio. Scadenza 10 settembre.

RIO NELL'ELBA (*Livorno*). — Prorogato a tutto il 10 settembre 1913 il concorso a medico chirurgo; L. 3000 nette con sola ritenuta C. P. e 3 sessenni, fino a L. 3900. Parecchi proventi eventuali. A condizioni da stabilire accettasi interino per un mese dal 20 settembre al 20 ottobre. Rivolgersi alla Segreteria Comunale.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — È indetto un concorso per esami e titoli congiuntamente per la nomina a diciotto posti di medico di porto di 4ª classe, con lo stipendio di lire 3000 annue. Dei posti messi a concorso, nove sono riservati ai segretari medici di 3ª e 4ª classe della direzione generale della sanità pubblica, ai medici provinciali aggiunti di 4ª e 5ª classe e ai medici provvisori di porto assunti in servizio con provvedimenti posteriori al 1° luglio 1911, in ufficio alla data del decreto. Gli aspiranti debbono farne domanda in carta da L. 1 entro il 30 settembre 1913 al Ministero dell'interno. Chiedere l'avviso e il programma (vedi *Bollettino Ufficiale* del Ministero dell'Interno, 11 agosto e 21 maggio 1913). Le prove scritte e pratiche avranno luogo nei giorni che saranno fissati con provvedimento ministeriale e portati in tempo utile a conoscenza degli ammessi al concorso.

ROMA. *Ministero della istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È annullato il concorso indetto con D. M. 24 febbraio 1913, per la nomina di 20 tenenti medici nella Regia Marina.

ROVESCALA (*Pavia*). — Abitanti 2264. Condotta residenziale. Stipendio per i poveri L. 2500 lorde più 100 ufficiale sanitario. Assicurazione infortuni. Scade 6 settembre.

SALBERTRAND (*Torino*). — Medico condotto; L. 1500 lorde. Scad. 14 settembre.

SAMBENEDETTO DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — Concorso per la nomina del chirurgo primario, direttore dell'Ospedale. Stipendio L. 4000 aumentabile per tre sessenni consecutivi. Scadenza 10 settembre. Età non superiore ai 40 anni.

SAN BENEDETTO PO (*Mantova*). — Condotta, al 15 settembre, per Portiolo; ab. 281 riuniti e 1624 sparsi; L. 3000 lorde e tre sessenni, pei poveri; vaccinazioni; L. 600 per mezzo di trasporto.

SANDONACI (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3500 e L. 200 se uff. san., lorde. Ab. 2468 agglomerati e 235 sparsi. Servizio fra 15 giorni dalla partenza di nomina, salvo giustificato impedimento. Chiedere l'annunzio. Scad. 10 settembre.

SAN NAZARIO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 lorde e L. 150 quale U. S., non più di 40 anni s. e. r. Ab. 3341. Scad. 10 settembre.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª Condotta, al 15 settembre; cura piena, zona esclusivamente di campagna; L. 3000 nette di R. M., di cui tre quinti pei poveri; rifornimento cavalc. Assicurazione infortuni.

SCAPOLI (*Campobasso*). — Condotta; L. 2400 per la generalità e L. 100 quale u. s.; L. 200 aumentabili dalla Congregazione di carità. Chiedere l'avviso. Età massima 45 anni, s. e. r. Scad. 40 giorni dal 1° agosto.

SELLIA (*Catanzaro*). — L. 2950 e alloggio, cura piena, L. 300 uff. san., un sessennio, 6 anni di precedente esercizio. Ab. 1300. Scad. 13 set-

SERRANO (*Lecce*). — Al 30 settembre. Stipendio L. 2700 lorde oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale Carpignano.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — 3° Riparto, cura poveri; L. 3300 lorde e tre quinquenni del decimo; L. 700 per cavalc. Servizio entro 15 giorni. Scad. 12 settembre.

SONCINO (*Cremona*). — Fraz. Gallignano, ab. 1613 L. 2700 per 1200 poveri, tre sessenni, indennità varie L. 600. Scade 15 settembre.

STIA (*Arezzo*). — 2ª condotta, ab. 1200, di cui 32 a cura gratuita; L. 3200 lorde, di cui 2500 pei poveri, con due sessenni, e L. 700 per cavallo. Assunzione all'ufficio entro 10 giorni. Scad. ore 17 del 30° giorno dal 7 agosto.

STRANGOLAGALLI (*Roma*). — Condotta unica piena; L. 4432 lorde e L. 100 quale U. S.; due sessenni; ab. 1899; arm. fam. Poveri iscritti 12. Per le visite di campagna mezzo di trasporto a carico dei richiedenti non poveri. Assunzione della condotta entro 15 giorni dalla p. di nom. Scad. 30 giorni dal 20 agosto.

VARSI (*Parma*). — Medico chirurgo; L. 4000, L. 100 quale U. S. e L. 100 p. a. f.; obbligo cav. Scad. 5 settembre.

Medico-chirurgo, laureato da quattro anni, pratica ospedali e in condotta, accetterebbe subito buon interinato. Scrivere dott. L. Casolino, in Portocannone (prov. di Campobasso).

Medico cercasi subito da Colonia della Salute in Uscio (Genova). Per le condizioni rivolgersi ivi. Respinti anonimi. Età non superiore 45.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Montale (Firenze), Luzzara [per Casoni e Codisotto] (Reggio Emilia), Montaldo Roero (Cuneo).

Revoca di diffide: Corteolona (Pavia).
La sezione veronese dell'A. V. M. C. ha proclamato e fatto sanzionare dalla Presidenza Centrale il boicotaggio per Castelnuovo Veronese (1° reparto).

La sezione di Novara ricorda che il posto di medico del Consorzio sanitario privato di Galliate è e rimane boicottato.

Ci si comunica:

« La Federazione Nazionale fra le Associazioni del Personale addetto alla vigilanza igienica, presa visione dell'Avviso di concorso bandito in data 29 luglio u. s. dal Comune di Livorno per un posto di Assistente al Laboratorio medico-micrografico municipale;
esaminate le condizioni di stipendio indecorose ed inadeguate alle esigenze ed alla importanza del servizio:
1. Stipendio L. 2500 annue;
2. Obbligo di prestare, oltre quella di assistente del laboratorio, anche l'opera di medico nell'istituendo ambulatorio antitubercolare;
considerate le riserve non conformi alle norme e disposizioni in materia di concorsi:
1. Facoltà insindacabile del Consiglio Comunale di non prescegliere alcuno fra i concorrenti.
2. Facoltà insindacabile della Giunta di annullare, sospendere il concorso o prorogarne i termini in qualunque fase esso si trovi;
proclama la diffida del concorso stesso a difesa e tutela del decoro della classe.
Rivolge caldo appello alla solidarietà dei Colleghi perchè, nell'interesse morale ed economico del personale sanitario, il concorso vada deserto, e nessuno accetti l'interinato se non dietro la corrisposta di congruo onorario, da stabilirsi d'accordo colla Presidenza della Federazione, fino a che l'Amministrazione Comunale non conceda eque condizioni d'organico rinunciando alle riserve lesive della dignità della classe.

Roma, il 20 agosto 1913.
Per il Presidente: Rainaldi dott. V.
Il Segretario: Palomba dott. Giov. ».

« La sezione di Viterbo diffida la condotta di Pianzano perchè a cura piena. È lieta di annunciare che la diffida del concorso di Civita Castellana è quasi completamente riuscita perchè vi sono due concorrenti che, a quanto dicesi, non sono neppure in regola coi documenti richiesti dall'avviso di concorso; ad ogni modo la sezione fa loro viva premura per la dignità della classe di ritirarsi ».

« Il Comune di Strangolagalli, che è da tempo diffidato non avendo corrisposto, nel redigere il suo Capitolato, ai desiderata della classe, ha ora di nuovo aperto il concorso a tutto il 19 settembre p. v. a condizioni sotto ogni riguardo soddisfacenti per la classe sanitaria.
Lieta che ciò sia avvenuto per le continue insistenze da essa fatte presso il detto Comune, la Presidenza della Sezione di Frosinone-Velletri revoca immediatamente e di buon grado la diffida a quella condotta.
Il presidente: dott. Arnaldo Angelini ».

« Nel fascicolo 33 del 17 corr., leggo tra i nuovi boicottaggi sanzionati dall'A. N. M. C., quello di Gottelungo (Brescia). Prego rettificare il nome in Gottolengo (Brescia). Grazie del favore e saluti cordiali.
Il Presidente di sezione: Paroli dott. Giacomo ».

Nomine, promozioni e onorificenze.

CAGLIARI. — Il dott. Macchi Francesco Angelo è abilitato alla libera docenza in clinica oculistica.

CATANIA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Ettore Giuliano Ottaviano in clinica chirurgica e medicina operatoria; Luppino Andrea in clinica oculistica.

FIRENZE. — Il dott. Puccioni Nello è nominato assistente in antropologia.

GENOVA. — Il dott. Sciallero Marco è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

MODENA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Giorgi Ettore in clinica pediatrica; Plessi Augusto in patologia medica.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Poso Pasquale in clinica ostetrica e ginecologica; Tria Pietro in patologia medica; Gravina Emanuele in medicina operatoria.
Sono nominati i dottori: Polito Giuseppe aiuto e Covelli Salvatore assistente nella I clinica medica; Pandolfi Gennaro e Senise Tommaso assistenti nella clinica delle malattie nervose e mentali; Gay Lino assistente nella clinica dermosifilopatica; Romano Giuseppe assistente nella II clinica chirurgica.

PADOVA. — Il dott. Garzia Giuseppe è promosso aiuto in clinica pediatrica. Il dott. Feruglio Antonio è nominato assistente in sua vece. Il dott. Colle Guido è nominato assistente in anatomia umana.

ROMA. — Il dott. Settimi Silvio è abilitato alla libera docenza in odontoiatria.

TORINO. — Il dott. Barile Celestino è abilitato alla libera docenza in patologia generale ed anatomia patologica.
Sono nominati i dottori: Loredan Lorenzo assistente in anatomia umana; Cattoretti Franco assistente in materia medica e farmacologia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Intorno al Congresso di Londra.

Nel grande Congresso Internazionale di Londra noi italiani abbiamo compreso, meglio che in ogni altro Congresso precedente, che l'Italia ha pure essa un altro *dovere nazionale* da compiere, quello di prepararsi seriamente a questo genere di tenzoni internazionali, nelle quali, come nelle guerre sanguinose, non tanto può valere lo sforzo eroico individuo, quanto lo slancio collettivo ed unanime della nazione consapevole.

In questo dobbiamo ancora prendere esempio dalle altre nazioni: alla loro scuola, nella nostra nuova civiltà, più volte abbiamo tratto ammaestramenti lodevoli.

I tedeschi, che, in tutte le loro manifestazioni di attività sociali, si mostrano animati dal bisogno indomito, mai soddisfatto, di correre alla conquista dei primi posti, nelle assise internazionali della scienza dimostrano sempre le loro mirabili ed invidiabili capacità di organizzazione, ed il loro senso pieno e tenace della collettività, nella quale l'individuo si sente quasi riassorbire . . . Essi son dei soldati della scienza, disciplinati attorno ad un capo che li guida, e lottano in file serrate nel nome della patria, per l'egemonia intellettuale del loro paese. Ed il Paese li seconda e li incoraggia: il Governo è largo di indennità e di crediti ai Comitati organizzatori nazionali; le Università accordano borse di viaggio; gl'Istituti scientifici si fanno a proprie spese rappresentare. E così i giovani studiosi si presentano nella lotta più forti e più fermi nel nome della scuola che rappresentano.

In questa mostra della scienza, come nelle esposizioni industriali, il lavoro ed i prodotti dei connazionali suscitano nel Paese vivo interesse, ed il Paese è pronto, anche con sagrifici, a promuovere la loro fortuna.

Noi, in una parola sola, non abbiamo fatto nulla, forse nell'attesa che il nostro Governo, alle prese col Comitato organizzatore del Congresso di Londra, risolvesse per la parte nostra l'eterno problema della lingua al Congresso, come se da questo solo punto dipendesse tutto ciò che in altro campo noi medici avremmo dovuto fare per la preparazione e l'organizzazione delle nostre forze. All'ultima ora, il Comitato del Congresso ammise l'adozione della lingua italiana in conformità alla deliberazione della Commissione permanente dei Congressi internazionali all'Aia. E noi siamo andati a Londra, alla spicciolata, ognuno per conto proprio, come provinciali a visitare la capitale. A Budapest i medici italiani si erano adunati ed affermati attorno al nome ed alla persona di Baccelli. Ed a Londra? E allora non è a maravigliarsi se noi abbiamo potuto leggere, sulle tabelle indicatrici all'ingresso delle varie Sezioni del Congresso, aggiuntovi nei giorni successivi a quello delle prime sedute, e, quel che è peggio, *soltanto in lingua francese*, che la lingua italiana era riconosciuta fra le quattro lingue ufficiali del Congresso. Fu vera gloria del rappresentante del nostro Governo, il prof. Bianchi?

Una sola persona, per quanta deferenza e quanto rispetto inspiri attorno, non poteva all'ultima ora improvvisare ciò che non era stato fatto in tutto il lungo periodo di preparazione di un Congresso internazionale.

Oramai avremo anche noi i nostri rappresentanti nella Commissione permanente all'Aia, la quale provvederà alle sorti dei futuri Congressi internazionali. E quindi è da ritenere che gli scienziati italiani possano nell'avvenire in queste assise internazionali della scienza fare maggiore onore al nome dell'Italia.

Ma è bene scuotere ancora una volta dalla nostra scettica mentalità latina il concetto che i Congressi scientifici a poco od a nulla valgano. Essi giovano al patrimonio scientifico indubbiamente; e giovano sopratutto come campo d'affermazione, nel nome della scienza, dei principî di nazionalità.

Non è confortevole forse all'educazione del nostro spirito nazionale che un'affermazione d'italianità si possa fare sulle basi del diritto più nobile e più puro, il diritto della scienza? Non sarebbe inutile se in Italia anche noi studiosi ci sentissimo forti d'una certa dose di nazionalismo beninteso.

E di ciò troviamo l'esmpio più istruttivo negli inglesi, il popolo più saldo e compatto intorno ai simboli della propria nazionalità, il più fedele e più operoso per la missione della propria razza nel mondo. E pure è il popolo nel quale il senso dell'individualismo è maggiormente sviluppato e più gelosamente difeso.

Ed a questo mirabile amor proprio degli inglesi è dovuto il fatto che ad essi, appena dopo una dozzina d'anni, è toccato l'onore di un altro Congresso internazionale di medicina.

Ed a Londra hanno fatto onore a tutti, e sopra tutto alle tradizioni della loro ospitalità doviziosa.

Dopo la dura lezione del Congresso di Londra, occorre che l'Italia ufficiale e il mondo medico italiano sentano pienamente il grande compito da assolvere: le tradizioni delle nostre scuole scientifiche italiane sono grandi, e noi, di fronte alle altre nazioni, dobbiamo esserne superbi e degni: il nostro patrimonio di scienza contempo-

ranea certamente non è inferiore a quello di ogni altra nazione, e noi dobbiamo anzi affermarne la superiorità e farla valere: nel prossimo Congresso internazionale di Monaco sapremo di mostrare tutto ciò? Due requisiti ci occorrono a questo scopo: che noi riacquistiamo coscienza di noi stessi, e che noi sappiamo, ad imitazione degli altri popoli, prepararci ed organizzarci per queste grandi gare internazionali della scienza.

PIETRO SABELLA.

NOTIZIE DIVERSE

VI Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri.

Essendo Torino sede quest'anno del Congresso dell'Associazione Nazionale dei medici ospedalieri, a cura del Consiglio direttivo della Sezione Torinese si sono costituiti come segue il Comitato d'onore e la Commissione ordinatrice del Congresso stesso:

Comitato d'onore: Presidente: Sen. conte Teofilo Rossi, sindaco della città di Torino — Vice-presidenti: sen. prof. Camillo Bozzolo, assessore comunale per l'igiene; sen. prof. Antonio Carle, chirurgo primario dell'Ospedale Umberto I; sen. prof. Pio Foà; prof. Giov. Batt. Boccasso, presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Torino — Membri: dott. Martino Anglesio; dott. Francesco Bellosta; prof. Libero Bergesio; prof. Bonaventura Graziadei; prof. Giovanni Lava; dott. Giovanni Batt. Maffei; dott. Vittorio Molinari; prof. Vitige Tirelli; dott. Celestino Vignolo-Lutati; prof. Scipione Vinaj.

Commissione ordinatrice: Presidente: dott. Giovenale Salsotto, medico primario dell'Ospedale di San Lazzaro — Vice-presidenti: prof. Giuseppe Fantino, chirurgo primario dell'Ospedale Maggiore di San Giovanni; prof. Luigi Ferrio, medico primario del Sanatorio di San Luigi; prof. Carlo Gaudenzi, medico primario dell'Ospedale Oftalmico; dott. Terresio Sartirana, chirurgo dell'Ospedale Civile di Chivasso — Membri: dott. Giuseppe Gallina; prof. Enrico Mensi; prof. Mario Motta; dott. Alfredo Pozzi; prof. Nino Valobra; prof. Carlo Vignolo-Lutati — Segretario generale: dott. Ezio San Pietro — Segretari particolari: dott. Carlo Barbano; dott. Mauro Vietti.

La Commissione ordinatrice ha da qualche tempo iniziato i suoi lavori.

I medici ospedalieri torinesi desiderano che la riunione riesca una solenne affermazione di collegialità e di organizzazione e valga a sollevare lo spirito della classe. Fanno appello perciò ai colleghi di Italia tutta perchè vogliano unirsi in tale manifestazione: unirsi colla presenza loro numerosa, che tanto accetta sarà ai torinesi; unirsi collo studio e la presentazione al Congresso delle molte questioni che riguardano l'ordinamento e la funzione delle istituzioni ospidaliere, che interessano l'esercizio professionale della classe, questioni che per essere poco note, e meno ancora discusse, videro mancata o differita la loro soluzione.

Verranno pubblicati prossimamente il regolamento e il programma del Congresso.

Si pregano intanto i colleghi volenterosi d'inviare al più presto alla sede della Commissione ordinatrice (via dei Mille, 16, Torino) i temi che credessero trattare, relazioni d'argomenti importanti, e quanto credono possa interessare il Congresso.

Congresso Italiano di laringo-oto-rinologia.

L'annuale riunione della Società di laringologia, di otologia e di rinologia avrà luogo in Roma nei locali della Clinica otoiatrica (Policlinico), gentilmente concessi, nei giorni 23, 24, 25 ottobre.

La relazione all'ordine del giorno è: « Genesi e significato del nistagmo ». Relatori i professori Nieddu e Pinaroli.

I titoli delle comunicazioni e l'indicazione di dimostrazioni, presentazione di malati e strumenti, devono essere trasmessi alla presidenza in Venezia, Calle Ridotto, 1389, al più presto.

Esposizione internazionale d'igiene urbana.

Viene organizzata a Lione dal 1° maggio al 1° novembre 1914. La durata potrà esserne prolungata.

È posta sotto l'alto patronato del Presidente della Repubbli a e del Governo Francese; commissario generale ne è Jules Courmont, professore d'igiene alla Facoltà di medicina.

Sarà ripartita in 52 sezioni: I statistica e demografia; II Strade; III Trasporti; IV Miniere, metallurgia, acchine; V Forniture industriali; VI Acque potabili; VII Fognature e depurazione delle acque di rifiuto; VIII Evacuazione e distruzione dei residui solidi; IX Abitazioni; X Ammobiliamento; XI Vetrerie, cristallerie, porcellane, ceramiche; XII Sete e seterie; XIII Tintura, stampa ed apprestamento dei tessuti; XIV Indu trie tessili (esclusa la seta); XV Vestiari e accessori; XVI Gioielleria, orologeria, strumenti di precisione; XVII Industrie del cuoio; XVIII Luce e illuminazione; XIX Ventilazione, riscaldamento, refrigerazione; XX Alimentazione d'origine animale; XXI Latte e derivati; XXII Alimentazione d'origine vegetale; XXIII Bevande igieniche; XXIV Falsificazione delle derrate alimentari; XXV Acque minerali e stabilimenti termali; XXVI Industrie chimiche; XXVII Protezione dell'infanzia, puericoltura; XXVIII Scuola; XXIX Igiene e medicina militari; XXX Cure corporee, nettezza; XXXI Insegnamento primario e secondario; XXXII Insegnamento superiore; XXXIII Astronomia, meteorologia; XXXIV Insegnamento tecnico, professionale e domestico; XXXV Igiene e protezione del lavoro; XXXVI Economia sociale, opere sociali; XXXVII Polizia delle città, prigioni; XXXVIII Malattie infettive; XXXIX Disinfezioni; XL Organizzazione dell'igiene pubblica negli Stati; XLI Servizi d'igiene provinciale e comunale; XLII Assistenza pubblica e ospedali; XLIII Lotta antitubercolare; XLIV Lotta antialcoolista; XLV Tourismo; XLVI Coltura fisica e sport; XLVII Arti belle; XLVIII Fotografia, cinemetografia; XLIX Industria del libro, dell'annunzio, del giornale; L Orticoltura; LI Elettricità; LII Poste, telegrafi, telefoni. Questa ripartizione potrà essere modificata.

Probabilmente un'Esposizione coloniale francese verrà annessa all'Esposizione.

Le Mostre retrospettive saranno incluse, preferibilmente, nelle sezioni.

In ogni classe verranno fatte due sotto-sezioni: l'una scientifica, economica e sociale; l'altra industriale e commerciale.

Vi saranno padiglioni stranieri e mostre particolari.

La crociata contro la tubercolosi.

Il presidente del Consiglio, on. Giolitti, accogliendo la domanda del sindaco di Torino, conte Rossi, ha disposto perchè, devolvendola dall'apposita fondazione, sia versata la somma di lire 15.000 alla Società piemontese d'igiene, presieduta dal prof. Abba, a favore della crociata contro la tubercolosi, dalla stessa Società intrapresa sotto l'alto patronato della principessa Letizia.

L'assistenza medico-pedagogica ai fanciulli anormali a Milano.

Si è costituito, con la guida del prof. G. Ferreri, direttore del R. Istituto per i sordomuti in Milano, un Comitato che si propone di formare fra le maestre del comune di Milano un corpo insegnante, il quale sia in grado dell'assistenza ai fanciulli anormali. A tale scopo, col sussidio della privata beneficenza, saranno inviate a Roma, dove il problema è ormai risolto, alcune maestre per un primo tirocinio pratico.

La nuova Istituzione sarà di enorme vantaggio per la profilassi sociale contro l'analfabetismo e la delinquenza precoce.

Le adesioni e le quote di sottoscrizione si potranno inviare alla signorina Maddalena Valenzano, via Annunciata, 4, incaricata dal Comitato dei lavori di segreteria.

Per il lavoro a domicilio.

Il Ministero d'agricoltura, industria e commercio ha dato incarico all'Ispettorato del lavoro di compiere nella città di Roma un'inchiesta sul lavoro a domicilio. Questa inchiesta dovrà raccogliere e coordinare i dati economici, igienici e sanitari che possano rappresentare le condizioni effettive delle persone che dal lavoro a domicilio ritraggono vita e sostentamento.

A tale scopo sono stati predisposti appositi questionari che dovranno esser compilati da persone competenti; e poichè nessuno è certamente più competente in questa materia del medico condotto, così si è dato l'incarico a medici condotti e a signorine assistenti degli ambulatori municipali di compiere siffatto censimento e di riempire i relativi questionari, affidando a queste ultime più specialmente la parte che riguarda i dati economici nel questionario.

Per la costruzione del Policlinico a Pavia.

La Commissione di vigilanza per l'erigendo Policlinico pavese, adunatasi in seduta plenaria con l'intervento dei membri della Commissione tecnica incaricata di riferire sull'esito del concorso di secondo grado per il progetto di esecuzione, ha accolto a unanimità le conclusioni che la Commissione di vigilanza,pure all'unanimità, aveva prese ed ha scelto il progetto Gardella-Martini, assegnando ad esso il premio di 30,000 lire posto a concorso.

I progetti presentati erano quattro. La relazione della Commissione tecnica ritiene che tutti costituivano opere egregie.

Al sen. Albertoni.

Il Comitato dell'Esposizione internazionale d'igiene a Dresda, costituito da König, Abderhalden, Zuntz, Rubner e da altri illustri scienziati, ha conferito all'on. sen. prof. Pietro Albertoni un diploma d'onore per le sue importanti ricerche sul bilancio alimentare delle popolazioni italiane.

Il diploma è una preziosa acquaforte del grande pittore Klinger.

Concorso annullato.

La « Gazzetta Ufficiale » del 16 agosto corr. pubblica un decreto del Ministro della marina, del seguente tenore:

« Il Ministro, vista la legge n. 707 in data 29 giugno 1913, relativa al riordinamento dei corpi militari della R. marina; visto il decreto ministeriale in data 24 febbraio 1913, col quale si apriva un concorso per nomina di venti tenenti medici nella R. marina; visto il successivo decreto ministeriale in data 22 aprile 1913, col quale si prorogava a tempo indeterminato l'epoca degli esami per detto concorso; decreta:

« È annullata a tutti gli effetti la notificazione di concorso per la nomina di venti tenenti medici nella R. marina, di cui ai sopracitati decreti ministeriali.

« Il presente decreto sarà registrato alla Corte dei conti.

« Roma, 26 luglio 1913.

« Leonardi-Cattolica.

« *NB.* — I precedenti decreti ministeriali succitati vennero inseriti nella « Gazzetta Ufficiale » n. 56 e 114 dell'8 marzo e 16 maggio 1913 ».

Vittima della scienza.

Dal Congo belga giunge la triste nuova che è morto laggiù il nostro connazionale dott. Paolo Errera, oriundo di Susa di Tunisia.

Laureatosi brillantemente nella scuola di medicina di Firenze, era al Congo da diversi anni e vi ricopriva un alto ufficio sanitario; provvisto di largo censo, avrebbe potuto viver tranquillo presso la sua famiglia, ma la scienza e l'Africa misteriosa lo attiravano col loro fascino irresistibile: ed egli è morto, sulla breccia, lontano dai suoi!

A 71 anni si è spento a Vienna il prof. **Max Kassowitz**, uno dei più eminenti pediatri contemporanei.

Sono assai note le sue ricerche sull'osteogenesi e sul rachitismo. Fu uno dei primi a introdurre l'uso dell'olio di fegato di merluzzo fosforato nella cura del rachitismo.

Ricordiamo pure i suoi studi sulla sifilide ereditaria.

Kassowitz ebbe una parte notevole nel promuovere l' attuale campagna antialcoolista in Austria: a lui si deve se in grande maggioranza i medici austriaci sono oggi astinenti.

Si oppose con energia agli antivaccinisti e contribuì efficacemente a far promulgare la legge sulla vaccinazione obbbligatoria.

I suoi numerosi allievi occupano molte cattedre della specialità in Austria.

Rassegna della stampa medica.

Journal de Chirurgie de Bucarest, mag. ANGÉLESCO e SAVESCO. « Teratoma dello scroto ». — DANIEL. « Le annessiti erniarie ».

Revue Neurol., 30 mag. MARINESCO e MINEA. « Il *Treponema pallidum* nel cervello dei paralitici generali ». — RAÏMISTE. « Sintomatologia della paralisi organica d'origine cerebrale dell'arto superiore ».

O Polyclinico, mag. VAZ e CONÇALVES. « Le aritmie cardiache ». — ROCHA. « I metodi di percussione ».

La Pediatria, 31 mag. MAGGIORE. « Sui tubercolomi cerebellari ».

Quaderni di Psichiatria, 30 apr.-15 mag. MORSELLI. « Sulla psicogenesi emotiva ed ideativa della neurosi traumatica ».

Giorn. di Med. Mil, 30 apr.-31 mag. DE SARLO, CORRADI, MOZZETTI, ACCORINTI. « Patologia tropicale ».

La Ginecol., 3. ALFIERI. « Fibromi del legamento largo ».

Pathologica, 1 giug. GUERRINI. « Meccanismo di azione dei sieri eterogenei. — DE SANDRO. « Sede degli amilobatteri nei diversi tratti del tubo digerente ».

Riv. Sanit. Sicil., 1 giu. PIAZZA. « Il trattamento delle leucemie col benzolo ».

Med. Klinik., 1 giu. ROTH. « Il dolore come sintoma delle malattie interne. — GRÜNFELD e ALLMEDER. « Varici e gravidanza ». — LISSMAN. — Trattamento delle polluzioni ».

Berl. Klin. Woch., 2 giu. BUMM. « I successi dell'irradiazione roentgeniana e mesothorica nel carcinoma uterino. — STRAUSS e BRANDESTEIN. « studio roentgenologico della stitichezza ».

L'Igiene Soc., 1 giu. FORLÌ. « L'endemia gozzo-cretinica ».

The Practitioner, mag. BOX. « Sulla pellagra ». — HOLMES, SWIELOCHOWSKI. « Le cefalee e loro trattamento ». — WHITHOUX. « Etiologia e trattamento delle emorragie uterine ».

Arch. f. Sch.-u. Tr.-Hyg., 11. ZIEMANN. « Coltura dei parassiti malarici e dei piroplasmi *in vitro* ».

Ann. de Méd. et Chir. Inf., 1 giu. DELAPCHIER. « Scoliosi e appendicite cronica ».

Münch. Med. Woch., 3 giu. BRUCK e SOMMER. « Le iniezioni endovenose di arthigonina. — WEGENER. « La serodiagnosi di Abderhalden in psichiatria ».

Gaz. d. Hôp., 3 giu. MÉNARD. « Reumatismo anchilosante generalizzato d'origine tubercolare ».

Riv. d Ig., 1 giu. BERTARELLI. « Gli insegnamenti d'igiene nelle scuole normali e l'educazione igienica ».

The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 1 giu. WENYON. « Inclusioni leucocitarie nella febbre emoglobinurica ».

La Sem. Méd., 4 giu. DE QUERVAIN. « Trattamento dei gangli tubercolotici e delle affezioni tubercolari delle guaine tendinee, ecc. ».

La Presse Méd., 4 giu. GAUDIER e GORSE. « Linfangioma cistico addomino-scrotale retroperitoneale ».

Gazz. d. Osp, 5 giu. MARINELLI. « Dell'aborto e della sua cura chirurgica ».

Gazz. Med. It., 5 giu. VARISCO. « Pneumotorace artificiale ».

Paris Méd., 7 giu. Numero consacrato all'apparecchio digerente.

The American Journal of the Med. Sc., giugno. GIFFIN. « Splenectomie ». — MAC NEAL. « I batteri intestinali nella pellagra ».

Deut. Med. Woch., 5 giu. KRAUS e BAECHER. « Contenuto d'antitossine e valore curativo del siero antidifterico ». — LEVY. « Le sostanze radioattive nelle affezioni orali, compresa la piorrea alveolare ».

La Presse Méd., 7 giu. LARDERMOIS. « La stasi colica da deformazione del colon; tiflectasia sintomatica; trattamento chirurgico ».

Brit. Med. Journ., 7 giu. LINDSAY. « La polmonite ». — KNOX. « Il radium nel trattamento delle affezioni cancerose ».

The Lancet, 7 giu. OLIVER. « Malattie e infortuni industriali ». — DIMOND. « I colloidi marziali «.

Gaz. d. Hôp., 7 giu. SÉNÉCHAL e ENGEL. « L'incisione di Pfannenstiel ».

Le Bull. Méd., 7 giu. CASTAIGNE. « La congestione passiva del fegato da colica epatica ».

Riv. crit. di Clin. Med., 7 giu. ROASENDA e ANGELO. « Atrofie muscolari d'origine cerebrale ».

La Rif. Med., 7 giu. BOVERI. « Alterazioni aortiche da sifilide nelle scimmie ». — NACCIARONE. « Inclusioni leucocitarie nel corso delle affezioni chirurgiche ». — GIORGIS. « Sulla reazione di Hermann-Perrutz ».

La Belg. Méd., 8 giu. TYTGAT. « La cura dell'estrofia vescicale ».

Mediz. Klinik, 8 giu. CZERNY AD. « Immunità naturale e alimentazione ». — PICK. « Lo stato attuale della terapia antiluetica ».

Gaz. d. Hôp., 8 giu BARBARO. « Sull'azione " determinante ,, di alcune sostanze cristalloidi ».

Berl. Klin. Woch., 8 giu. KÜTTNER. « L'ulcera duodenale ». — BLÜHDOM. « Azione terapeutica dei sali calcari e spasmofilia ».

Jahresk. f. ärztl. Fortb., giu. Numero dedicato alle malattie infantili.

Bull. of the J. Hopkins Hosp., giu. KNOOP. « Problemi moderni sulla nutrizione ».

The Boston M. a. S. Journ. 5 giu. KENDALL. « Metabolismo batterico e medicina interna ».

The Journal A. M. A, 7 giu. KOPLIK. « Meningiti del tipo epidemico in bambini sotto i due anni ». — KOSKINS e MCPECK. « Massaggio delle surrenali e pressione sanguigna ».

Münch. Med. Woch., 10 giu. BENNECKE. « Sintomi pseudo-colecistici nel tifo ». — ZANGEMEISTER. « Il trattamento della presentazione facciale ».

Zbl. f. Ther., giu. LISSMANN. « Sul trattamento dell'impotenza sessuale ».

La Sem. Méd., 11 giu. MANDRU. « Nuovo processo diagnostico del pneumotorace ».

Wien. Klin. Woch., 12 giu. SCHUR e PLASCHKES. « Sulle indicazioni della terapia pneumotoracica nella tubercolosi polmonare ». — EISLER e LAUB. « Il contenuto lipoidico del sangue ». — FRANKFURTER. « Tubercolinoterapia dell'asma bronchiale ». — KLAUSNER. « Reazione cutanea della sifilide utilizzabile in clinica ».

Rev. de Méd., 10 giu. LÉPINE. « Sul diabete zuccherino e l'acetonemia ». — ABLARD. « Patogenesi dell'opsiuria ». CRAMER. « Le smagliature del torace ».

La Presse Méd., 11 giu. GUILLEMINOT. « L'energetica generale e la Chimica ». — CANTONNET e SCHREIBER. « L'aniridia ».

Rev. de Chir., 10 giu. ESTOR e ETIENNE. « Le spine bifide false (medullomi o medullo-embriomi) ». — TOURNEUX. « I sarcomi delle guaine tendinee ».
L'Encéphale, 10 giu. BALLET. « La psicosi allucinatoria e il disgregamento della personalità ». BERNHEIM. « Allucinazioni fisiologiche e patologiche ».
La Crón. Méd., 10 giu. PERRON. « La nuova batteriologia della tubercolosi ».
Gazz. Med. It., 12 giu. DE FRANCISCO. « L'epicistotomia nella calcolosi vescicale e nuovo processo di sutura della vescica ».
Deut. Med. Woch., 12 giu. BUCHHOLZ. « La salute pubblica in Germania ». — BARMEISTER. « Origine aerogena o ematogena della tubercolosi apicale? — GÖBEL, BRANDES, MAU. « I batteri della tubercolosi circolanti nel sangue »
Gazz. d. Osp., 12 giu. MARANGONI. « Sull'occlusione intestinale da volvolo in sacco erniario ».
Derm. Woch., 14 giu. ROCK. « L'alopecia neurotica ».
Zbl. f. inn. Med., 14 giu. BACHEM. « Rivista di farmacologia ».
Riv. crit. di Clin. Med., 14 giu. MONDOLFO. « Di un nuovo reperto ematologico nel morbillo ». — OTT. « Forma rara di cancro dello stomaco ».
Paris Méd., 14 giu. AMBLARD. « L'ipertensione arteriosa permanente ». — CARNOT. « Il trattamento locale degli edemi ».
Journ. d. Prat., 14 giu. MAYET. « Scoliosi e appendicite cronica ».
Brit. Med. Journ., 14 giu. WILSON. « Importanza clinica del sistema nervoso simpatico ». — LANGMEAD. « Varietà e trattamento della corea ». — MILLS. « La sepsi orale nella pratica generale ».
The Lancet, 14 giu. GORDON. « La climatologia in medicina ».
La Presse Méd., 14 giu. MARTINET. « Gli elementi farmacologici essenziali della medicazione ipertensiva ».
Gazz. d. Osp., 15 giu. PERRUCCI. « Ricerche batteriologiche sul sangue di pellagrosi comuni ».
Med. Klinik, 15 giu. KÖNIG. « Nuovi punti di vista nella diagnosi e terapia della tubercolosi chirurgica ». — JOHN. « L'ipertensione arteriosa ».
Il Cesalpino. 15 giu. BELLUCCI. « La profilassi generica della simulazione ».
Berl. Klin. Woch., 16 giu. CARREL. « Ricerche sulla vita autonoma dei tessuti e degli organi ». — BRAUENSTEIN, SPUZTE, PINKUSS. « Sulla terapia del cancro ».
Protocolo Méd.-Forense, giu. DE DOMINICIS. « Esperienze di revivescenza ».
Pet. Med. Woch., 14 giu. von REYHER. « Sulla diagnosi e terapia delle affezioni pancreatiche acute ».
Annals of Surgery, giu. SYMS. « Linfangioplastica ». — TURNURE. « Cisti gassose dell'intestino ». — BALFOUR. « Gastro-enterostomia anteriore ».
Arch. f. Sch.- u. Tr. Hyg., 12. GOUDER. « Trasmissione del bottone d'Oriente ai topi ».
The Journ. A. M. A., 14 giu. SCHWINN. « Prognosi e terapia della sifilide cerebrale ». — WOLFSOHN. « La reazione cutanea della sifilide ». — EMSHEIMER. « Segni diagnostici precoci ».
Riv. Sanit., 15 giu. PASTROVICH. « Equivalente emicranico ». — FANO. « Sull'occlusione acuta delle arterie mesenteriche ».
Le Journal Méd. Français, 15 giu. Numero concernente il radium e la sua emanazione.
Gazz. d. Hôp., 14 giu. LACRONIQUE. « Malattia di Hodgkin; linfogranulomatosi ».
La Prov. Méd., 14 giu. NOVÉ-JOSSERAND. « Polinevrite difterica a forma di malattia di Landry ».
Pathologica, 15 giu. SERRA. « Raro reperto nelle capsule surrenali di un lebbroso ». — FRAVEGA. « Le correnti d'alta frequenza nelle malattie acute da infezioni ».
Riv. Osped., 15 giu. GIORDANO. « Sulla opportunità di nuovo intervento per la ricomparsa di ematuria da un rene, già inciso a cura di quella ». — RAIMONDI. « Trattamento locale della pielite ».
Il Cesalpino, 15 giu. LECHA-MARZO e CORSEGERO. « Nuovo reattivo dello sperma ».
Münch. Med. Woch., 17 giu. « Pressione endocranica e malattie oculari ». — WEBER. « Iniezioni endovenose di sangue a dosi refratte nelle anemie gravi ». — WASSERMANN. « Le basi scientifiche della sierodiagnostica ».
Gazz. d. Osp., 17 giu. MARESCI. « Raro sintomo nella bronchite acuta »

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 7 settembre 1913* Fasc. 36

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI ASSISI
diretto dal prof. BADUEL.

La prostatectomia transvescicale nella cura dell'ipertrofia prostatica.

Contributo clinico per il dott. BUZI EMILIO
Chirurgo primario.

Nella cura radicale dell'ipertrofia prostatica, quasi tutti i chirurgi oggigiorno dànno la preferenza al metodo transvescicale, sia per la maggior facilità di esecuzione, sia anche per la normale ripristinazione della funzione vescicale e di quella genitale. Molti la eseguono in un sol tempo, altri per meglio garantirsi dall'infezione e dall'emorragia, praticano in primo tempo il drenaggio soprapubico ed in secondo tempo asportano la prostata.

Nei sei malati che ho avuto occasione di curare nello spazio di due anni, ho sempre eseguito l'operazione in un sol tempo, anche quando si trattava di vesciche infette; e ad eccezione dell'ultimo operato nel quale il normale decorso postoperatorio fu momentaneamente turbato dalla riacutizzazione della flogosi vescicale, in tutti gli altri non ho avuto complicazioni settiche da lamentare.

Il mio modesto contributo non ha altro scopo che di mostrare i buoni risultati sia immediati che lontani ottenuti nei miei operati; e ciò mi pare possa avere un certo interesse nel momento attuale in cui la prostatectomia va acquistando un posto tanto importante nella pratica chirurgica.

I CASO. — Il mio primo operato, certo G... T..., di anni 68, bracciante, di Assisi, fu ricoverato nell'ospedale il 24 gennaio 1911, per un accesso di ritenzione acuta totale di urina, manifestatosi la notte precedente. Era il secondo accesso di ritenzione totale verificatosi con intervallo di pochissimi mesi: però da circa tre anni era ritenzionista parziale con minzioni molto frequenti la notte. Nell'anamnesi mancava l'infezione blenorragica e sifilitica: era modesto bevitore.

L'esplorazione rettale permetteva di palpare una prostata molto ingrossata, a superficie liscia, regolare, di consistenza elastica, alquanto sensibile alla pressione. Nell'insieme aveva il volume di un mandarino e l'ipertrofia sembrava interessare maggiormente i lobi laterali. Il cateterismo praticato con sonda metallica a grande curva, diede esito a circa 300 cmc. di urina che veniva spinta con una certa violenza. L'urina era di colore rosso-scuro, lievemente acida, peso specifico 1018, con leggere traccie di albumina, assenza di zucchero. Il sedimento presentava scarsi leucociti, abbondanti globuli rossi, qualche grossa cellula uretrale e numerosi filamenti prostatici: assenza di cilindri e di elementi renali. Il paziente era un individuo robusto, muscoloso, piuttosto magro, con visceri toracici ed addominali sani.

La ritenzione si mantenne totale per dieci giorni: poi cominciò a ripristinarsi la minzione spontanea e al 15° giorno il paziente era deciso di tornarsene a casa, quando mi riuscì di persuaderlo a sottoporsi all'operazione che ebbe luogo il 10 febbraio.

Operazione. — La tecnica da me seguita è quella descritta da Albarran nel suo trattato di medicina operatoria delle vie orinarie.

Nei tre o quattro giorni precedenti all'operazione somministrai tre grammi di cloruro di calce nelle 24 ore allo scopo di prevenire e limitare l'emorragia operatoria. In tutti i malati praticai la puntura lombare con iniezione di 12 cgr. di novocaina ottenendo costantemente anestesia completa. Per la disinfezione del campo operativo usai il metodo Grossich.

Introduzione di un catetere Delamotte n. 18, lavaggio della vescica con protargolo al 3 ‰ lasciando in vescica circa 200 gr. di liquido; posizione del Trendelemburg. Taglio ipogastrico; incisione circolare del collo vescicale interessante la mucosa, ricerca del *plan de clivage* e scollamento della prostata dalle pareti della sua loggia. Nel primo operato i tre lobi della glandola furono enucleati separatamente. Tamponamento della loggia con due striscie di garza allo iodoformio: nel fondo della vescica si applica un grosso tubo di drenaggio che si fa uscire dall'angolo inferiore dell'apertura vescicale insieme alle striscie di garza. Provveduto così all'emostasi e allo scolo dell'urina, si passa alla restaurazione della vescica. Sutura a due piani della parete vescicale con catgut n. 1, poi con due punti si fissa la parete anteriore della vescica alla faccia profonda dei muscoli retti per togliere qualunque spazio morto e sospendere la vescica alla parete, il che facilita il funzionamento del tubo di drenaggio. Sutura dei muscoli, aponeurosi e pelle; medicatura asettica.

Il decorso postoperatorio in questo caso fu dei più normali. Nei primi tre giorni si ebbe una leggera elevazione di temperatura che alla sera del 2° giorno raggiunse il massimo di 38°.5. poi la temperatura si mantenne sempre sotto il 37°. Le urine cominciarono a diventar chiare dopo il 5° giorno Al 3° giorno tolsi il tamponamento della loggia prostatica e al 6° sostituii il grosso tubo di drenaggio con una sonda De Pezzer. Grazie al grosso calibro del tubo destinato a portar fuori l'urina, questo non rimase mai ostruito da coaguli e non fu quindi necessario praticare lavaggi vescicali fino al 6° giorno in cui si cominciarono le lavande della loggia prostatica e della vescica con protargolo iniettato direttamente dall'uretra. Questi lavaggi furono ripetuti fino al 10° giorno dopo l'operazione in cui si tolse il drenaggio ipogastrico, applicando un catetere uretrale a permanenza.

Al 20° giorno, essendo chiusa del tutto la fistola ipogastrica, si tolse il catetere a permanenza facendo alzare il malato. Questi al 26° giorno potè lasciare l'ospedale completamente guarito.

II CASO. — T... B..., di anni 62, bracciante di Assisi; ha una storia molto simile alla precedente. Ritenzionista parziale da circa 5 anni, fu colpito improvvisamente da ritenzione totale la sera del 18 marzo 1911; durante la giornata si era affaticato più del solito. Gli fu applicata la sonda a permanenza che tenne per otto giorni. Mantenendosi la ritenzione, si decise di entrare nell'ospedale. Nell'anamnesi risultava l'infezione blenorragica a 20 anni: era discreto bevitore.

All'*esame obbiettivo* si notava: individuo piuttosto gracile, arteriosclerotico. Coll'esplorazione rettale si palpava la prostata uniformemente ingrossata, del volume di una pera, di consistenza duro-elastica, a superficie liscia e indolente: la parete rettale mobile su di essa.

L'urina estratta col catetere, aveva color rossoscuro, peso specifico 1020, era acida, presentava piccole traccie di albumina, zucchero assente. All'esame del sedimento si trovarono scarsi leucociti, qualche grossa cellula prostatica, e rare cellule vescicali degli strati superficiali; molti globuli rossi e filamenti prostatici. Assenza di cilindri e di elementi renali.

Il malato venne tenuto in osservazione per otto giorni durante i quali fu sondato tre volte al giorno. Ma dopo questo periodo, mantenendosi ostinata la ritenzione, proposi l'atto operativo che eseguii il 5 aprile 1911.

In questo caso la prostata fu enucleata in un sol blocco sezionando l'uretra prostatica al davanti di essa. L'emorragia operatoria fu lieve.

Il decorso postoperatorio fu normale: nei primi giorni si ebbe qualche decimo di temperatura verso sera che però non oltrepassò il 37°.8. Al 20° giorno si tolse la sonda uretrale a permanenza, al 26° la fistola ipogastrica era del tutto chiusa. Tre giorni dopo tolta la sonda e quando già l'operato aveva abbandonato il letto, si ebbe un po' di temperatura verso sera (37°.7) e nel tempo stesso si manifestò epididimite sinistra alla quale si attribuì l'aumento di temperatura.

Con adatta cura si ebbe rapida risoluzione dell'epididimite e con ciò ritorno della temperatura al normale. Il malato lasciò l'ospedale il 6 maggio, vale a dire un mese e due giorni dopo l'atto operativo. Prima di farlo uscire volli verificare lo stato funzionale della vescica e trovai che la minzione si compiva normalmente e con getto forte; il catetere, dopo la minzione spontanea, non ritirava che qualche goccia di urina; quindi la vescica si vuotava completamente senza lasciare residuo.

III CASO. — G... Z... di anni 70, di Assisi, le sofferenze datavano da molti anni. Dapprima si ebbero fenomeni che rammentavano la calcolosi vescicale: arresto improvviso del getto durante la minzione, accompagnato da dolori lungo l'uretra: frequenti ematurie specialmente dopo gite in carrozza. Da cinque anni circa la minzione si era resa anche più difficile: minzioni notturne molto frequenti con getto piccolo e debole che qualche volta si arrestava. Nella stagione fredda i disturbi si aggravavano fino ad avere degli accessi di ritenzione quasi completa; per qualche giorno la minzione si compieva a gocce con vivi dolori uretrali e tenesmo vescicorettale, l'urina diventava più torbida. Il 10 aprile 1911 fu preso da un accesso di ritenzione totale e si dovette per la prima volta ricorrere al cateterismo. Da quel giorno non orinò più spontaneamente, ma fu sondato regolarmente tre volte al giorno finchè, dopo un mese di ritenzione completa, entrò nell'ospedale per essere operato.

Il paziente non ha mai sofferto di malattie veneree; fu moderato bevitore.

Individuo molto deperito per le lunghe soffefenze; pallido e notevolmente dimagrato. Visceri sani, ma arteriosclerosi accentuata. Il cateterismo colla sonda metallica riesce difficile a causa dell'ostacolo che s'incontra a livello della porzione prostatica dell'uretra.

Penetrata in vescica, la sonda dà la sensazione di urtare contro la pietra; ma questa sensazione si ha solo la prima volta, e nei successivi cateterismi non si avverte più. Colla sonda si estraggono circa 300 cmc. di urina molto torbida, di forte odore ammoniacale: seguì al cateterismo un lieve stillicidio sanguigno dall'uretra. Colla esplorazione rettale si palpa una prostata enorme: l'ipertrofia colpisce tutti e tre i lobi, il mediano sembra più voluminoso e sporge in vescica. L'esame dell'urina dà i seguenti risultati: 1500 cmc. nelle 24 ore, torbida con abbondante sedimento.

Reazione debolmente acida, peso specifico 1018, presenza di albumina, assenza di zucchero. Al microscopio, presenza di molti leucociti, numerosi globuli rossi in disfacimento, cellule vescicali dei primi strati del collo, cellule dell'uretra e numerosi filamenti prostatici; scarsi fosfati e carbonati, assenza di cilindri ed elementi renali.

L'atto operativo ebbe luogo il 14 maggio 1911. Il lobo medio sporgeva in vescica a guisa di un grosso collo uterino ipertrofico.

Al di dietro di esso, nascosto nel bassofondo vescicale, si riscontrò un calcolo grosso quanto un uovo di gallina che venne estratto. Enucleazione della prostata in un sol blocco; presentava la forma di una mezza luna aperta in avanti. L'emorragia operatoria fu lieve.

Il decorso postoperatorio fu regolare: le orine cominciarono a diventar chiare al 6° giorno.

In questo malato si ebbe epididimite sinistra accompagnata da ingrossamento bilaterale delle parotidi: fenomeni che scomparvero dopo 5-6 giorni.

Si ebbe pure una piaga da decubito, al sacro, conseguenza del prolungato soggiorno a letto prima dell'operazione, che mi obbligò di fare alzare precocemente il malato, togliendo la sonda a permanenza prima che la fistola ipogastrica fosse del tutto chiusa. Questa leggera complicazione non intralciò il processo di guarigione, e l'operato uscì del tutto guarito al 28° giorno dall'operazione.

Prima che il malato uscisse dall'ospedale praticai, come al solito, l'esame funzionale delle vescica. La minzione si compiva normalmente e la vescica si vuotava del tutto.

IV CASO. — A.., S..., di anni 71, di Assisi; ritenzionista parziale da parecchi anni con frequenti accessi di ritenzione totale della durata di due o tre giorni. L'ultimo di questi accessi, avvenuto una decina di giorni innanzi, durò 24 ore, ma lasciò una irritazione speciale della vescica con minzioni frequenti e dolorose accompagnate da ematuria e urina torbida.

Nell'anamnes non appariva l'infezione blenorragica nè la sifilitica: bevitore e fumatore discreto. Fu ricoverato nell'ospedale il 4 settembre 1911 per essere operato.

Individuo dall'aspetto robusto, ma notevolmente dimagrato per le prolungate sofferenze: arteriosclerosi accentuata con polso fortemente teso. Il cateterismo, molto difficile, dà esito a circa 150 cmc. di urina torbida e fortemente ammoniacale; le ultime goccie sono commiste a sangue. I lavaggi della vescica non sono possibili perchè l'organo è intollerante e non sopporta che pochi grammi di liquido. L'esplorazione rettale fa palpare una prostata della grandezza di una grossa mela, a superficie liscia, di consistenza duro-elastica, dolente. L'esame microscopico del sedimento dimostra una cistite abbastanza intensa: corpuscoli di pus in abbondanza, gran quantità di globuli rossi e di cellule vescicali tanto degli strati superficiali che dei profondi. Assenza di elementi renali e di cilindri.

Il giorno 7 settembre si praticò l'atto operativo. Si trovò la vescica notevolmente ipertrofizzata e una prostata enorme che fu facilmente enucleata integra e chiusa.

Emorragia operatoria quasi nulla.

Dopo due giorni, rimosso il tamponamento della loggia prostatica, si verificò un'emorragia secondaria inquietante ed insistente, mantenuta da frequenti e potenti contrazioni vescicali.

Tolsi il tubo-sifone e procurai di allontanare con leggeri lavaggi qualche coagulo che riteneva causa di tali contrazioni, ma l'irritabilità della vescica aumentava e dovetti desistere dalle lavande accontentandomi di applicare una grossa sonda De Pezzer e calmare la vescica con qualche iniezione di morfina e clisteri laudanati.

Fu necessario praticare anche un'ipodermoclisi per rialzare il polso depresso. Verso sera l'emorragia era arrestata e le condizioni generali del malato erano migliorate. La sonda funzionò perfettamente, l'orina cominciò a diventar chiara verso l'ottavo giorno: al 12° si cominciarono le lavande dirette dall'uretra le quali portarono fuori numerosi coaguli staccati dalla loggia prostatica. Al 20° giorno si tolse la De Pezzer e si applicò il catetere uretrale a permanenza. La ferita ipogastrica andò chiudendosi lentamente e il catetere uretrale fu tolto soltanto al 32° giorno dopo l'operazione. Cinque giorni dopo, vale a dire il 14 ottobre, il malato lasciava l'ospedale completamente guarito.

All'esame funzionale, la minzione si effettuava normalmente, la vescica si vuotava completamente senza lasciar residuo. Si notava soltanto un certo grado di bruciore nelle ultime contrazioni del collo.

V CASO. — R.. B..., di anni 65, bracciante, di Assisi. Da circa tre anni ha cominciato a notare disturbi nella minzione caratterizzati da frequenza, specialmente la notte, indebolimento del getto e qualche volta arresto improvviso di esso. Nell'ottobre 1911 ebbe un accesso di ritenzione totale; fu sondato per qualche giorno e poi tornò ad orinare spontaneamente. Da quell'epoca però i disturbi divennero più molesti; l'orina si fece torbida e lasciava abbondante sedimento in fondo al vaso. Il 7 gennaio 1912 nuovo accesso di ritenzione, che rese necessario il cateterismo due volte al giorno. Il 10 gennaio, persistendo la ritenzione entrò nell'ospedale per essere operato. Nella storia manca l'infezione blenorragica e sifilitica: moderato bevitore, non fumatore.

All'esame obbiettivo si notava: costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo molto scarso, masse muscolari poco sviluppate, colorito della cute e delle mucose pallido: lieve arteriosclerosi, catarro bronchiale cronico. Il catetere incontra un ostacolo a livello dell'uretra prostatica che è

vinto facilmente abbassando il padiglione fra le cosce del malato: con esso si estraggono circa 500 cmc. di urina sanguinolenta. L'esplorazione rettale fa sentire la prostata poco ingrandita, del volume di una grossa costagna, duro-fibrosa, a superficie liscia, indolente.

All'esame dell'urina si trova reazione acida, peso specifico 1020, albumina 1 ‰, zucchero assente. Sedimento abbondante, molti leucociti ed emazie; cellule vescicali in discreta quantità, filamenti prostatici. Cilindri ed elementi renali assenti. Il 17 gennaio 1912, mantenendosi la ritenzione, si procedette all'atto operativo. Lo scollamento della glandola riuscì molto laborioso a causa della stretta aderenza dei lobi laterali alla guaina prostatica. Il lobo medio aveva l'aspetto di un polipo peduncolato, applicato contro l'orificio del collo che veniva chiuso da esso come da un tappo.

La prostata venne enucleata in un sol blocco; si ebbe discreta emorragia dalla loggia prostatica. Il decorso postoperatorio non presentò nulla di anormale: si ebbe lieve movimento febbrile nei primi giorni con massimo di 37°.8, si accentuò un po' il catarro bronchiale, ma al 7° giorno apiresia e decorso normale. Al 12° giorno dall'operazione si tolse il tubo-sifone sostituendolo colla sonda uretrale a permanenza. La fistola soprapubica andò cicatrizzando molto lentamente e si chiuse del tutto soltanto al 38° giorno dopo l'atto operativo. L'operato fu tenuto nell'ospedale ancora per qualche giorno allo scopo di farlo ricostituire e fu dimesso il 14 marzo in buone condizioni generali. La funzione vescicale era buona; si aveva soltanto un po' di bruciore nelle ultime goccie ed una certa frequenza nelle minzioni. Si notava un residuo vescicale di una ventina di grammi.

Il 3 giugno 1912, vale a dire quasi tre mesi dopo l'atto operativo, si presentò di nuovo all'ospedale accusando peso molesto al perineo, minzioni frequenti, dolori alla fine della minzione con diffusione alla verga, qualche volta sgocciolamento d'urina dopo la minzione. All'esplorazione vescicale il catetere metallico si arresta in vicinanza del collo in una piccola cavità da cui fuoriescono poche gocce di urina torbida. Questa cavità che precede quella vescicale, contiene dei calcoli contro cui urta l'estremità del catetere. Si abbassa questo fra le coscie cercando d'imboccare l'orificio vescicale, e dopo vari tentativi il catetere attraversa un orificio stretto e penetra in vescica dando esito a circa 50 gr. di urina torbida. Constatata la presenza dei calcoli, si decide di rioperare il paziente per via perineale.

Nella 2ª operazione, che ebbe luogo il 5 giugno 1912, praticai il taglio perineale prerettale.

Incisa l'uretra membranosa al di dietro del bulbo, sulla scanalatura del catetere, penetrai in una cavità grande quanto un uovo di piccione dove si era arrestata l'estremità del catetere.

Trovai due calcoli poco più grossi di un cece che vennero estratti. Il polpastrello dell'indice, cercando in detta cavità che si riconobbe per la loggia prostatica, l'orificio di comunicazione colla vescica, trovò finalmente nel fondo di essa e verso la parete superiore, una stretta fenditura che venne sfibrata e ingrandita colla punta del dito che potè in tal modo penetrare in vescica.

Si applicò una sonda De Pezzer e si suturò parzialmente la ferita perineale.

I due calcoli sezionati ed esaminati macroscopicamente, apparivano formati di carbonato di calce col nucleo costituito da filamenti di garza.

Questa complicazione, era dovuta al tamponamento della loggia prostatica. Tolti gli stuelli sono rimasti nella loggia dei filamenti di garza attorno ai quali si sono andati formando i depositi di sali calcari che rapidamente hanno costituito i due calcoletti. La presenza di questi nel fondo della loggia prostatica ha determinato la persistenza della cavità impedendone la retrazione cicatriziale: l'orificio vescicale e quello uretrale venivano ad aprirsi indipendentemente in essa.

La ferita perineale era del tutto cicatrizzata alla fine di giugno: ma la funzione vescicale era compromessa per il grave indebolimento apportato allo sfintere vescicale dai due atti operativi ed anche per l'anormale riparazione del collo vescicale.

Il paziente fu trattato colla cura elettrica locale e colle iniezioni di stricnina.

Dopo un mese e mezzo circa di questo trattamento, l'incontinenza che al principio era totale, si modificò gradatamente e andò sensibilmente migliorando. Quando il paziente uscì dall'ospedale poteva trattenere l'urina per 2-3 ore, nella notte orinava un paio di volte soltanto ed il getto era discretamente valido. L'esame colla sonda rivelava il calibro dell'uretra normale e la scomparsa di qualunque diverticolo al davanti della cavità vescicale.

VI CASO. — L... P..., di anni 63, possidente, di Bagnaia (Perugia). Non fu mai affetto da blenorragia nè sifilide. Quattro anni fa fu operato in altro ospedale, di calcolo vescicale. Perfettamente guarito tornò alle sue occupazioni e stette in buone condizioni per circa tre anni. Un anno fa cominciò di nuovo a notare frequenza nella minzione, specialmente di notte (perfino 15 volte per notte) con difficoltà che andò gradatamente aumentando, accompagnata soventi da ematuria e da emissione di sabbia. Questi disturbi si aggravarono rapidamente finchè verso i primi di giugno le minzioni si fecero molto difficili e penose, le urine torbide, si manifestò tenesmo vescico-rettale. Il 15 giugno 1912 si ebbe ritenzione completa con febbre a 39° preceduta da brividi; si rese pertanto necessario il cateterismo che fu praticato due volte al giorno, unito a lavande vescicali al permanganato. Il 19 giugno fu ammesso nell'ospedale. Quivi si continuarono le lavande vescicali e dopo una settimana cadde la febbre e si ripristinò la minzione spontanea.

All'esame obbiettivo si notava: individuo robusto con organi toracici ed addominali sani, ma pallido e dimagrato.

Il cateterismo vescicale mostra la presenza di un calcolo nel bassofondo, subito al di dietro della prostata.

L'urina estratta è molto torbida e di odore fortemente ammoniacale. L'esame rettale fa sentire la prostata grande quanto un mandarino, sensibile alla pressione, di consistenza duro-elastica e superficie liscia. Dall'esame dell'urina risulta: quantità 1850 cmc. nelle 24 ore, torbida, con molto sedimento; peso specifico 1020, lievemente acida, albumina lievi traccie, zucchero assente. Sedimento bianco-giallastro, muco-purulento, molti leucociti parte in degenerazione grassa, in parte ben conservati: qualche cilindro granuloso, qual-

che cellula renale in degenerazione grassa, molte cellule vescicali.

L'operazione fu eseguita il 26 giugno e furono estratti due calcoli grandi quanto una nocciola: la prostata, grande come una pera, fu enucleata in un sol blocco.

Si ebbe discreta emorragia operatoria.

Andamento postoperatorio regolare fino al 10 luglio in cui si tolse il tubo ipogastrico e si applicò la sonda uretrale a permanenza. Questa fu causa di una uretrite, e già verso sera la temperatura salì a 38°. Al mattino seguente la temperatura si mantenne e alla sera s'innalzò a 39° preceduta da brividi. Si tolse subito il catetere uretrale e si applicò di nuovo il tubo ipogastrico: si praticarono tre lavaggi al giorno della vescica e dell'uretra con protargolo e permanganato. Persistendo la febbre, il 18 luglio si praticò il taglio perineale prerettale e si drenò la loggia prostatica dal perineo La temperatura, in seguito ai ripetuti lavaggi vescico-perineali ed uretro-vescicali, andò gradatamente diminuendo finchè il 28 la temperatura tornò normale e si mantenne tale. Il 3 agosto si applicò la sonda uretrale per agevolare la chiusura della fistola ipogastrica la quale il 7 agosto era del tutto cicatrizzata.

Il malato uscì guarito il 17 agosto: lo stato funzionale della vescica era ottimo.

Delle prostate esportate fu fatto l'esame microscopico, ma per amore di brevità ometto la descrizione particolareggiata del reperto istologico. Da quest'esame risultò predominante la forma di ipertrofia interessante tanto il connettivo che il tessuto ghiandolare e che Albarran designa col nome d'ipertrofia mista.

Il tipo dell'ipertrofia fibro-muscolare puro, dovuto cioè a proliferazione del solo stroma fibro-muscolare, era evidente nella prostata tolta al quinto operato nel quale lo scollamento della glandola dalla sua loggia riuscì molto difficile a causa delle strette connessioni. L'ipertrofia ghiandolare pura fu riscontrata negli operati 3° e 6° la cui prostata presentava un'esagerata proliferazione del tessuto glandolare.

In tutti i casi si è osservata una notevole infiltrazione leucocitaria che però era più accentuata in quelli nei quali la vescica era maggiormente infetta.

Ho potuto rivedere quasi tutti i miei prostatectomizzati dopo parecchi mesi dall'atto operativo ed ho potuto quindi constatare le conseguenze da esso apportate sia sullo stato generale che sulle condizioni funzionali della vescica e degli organi sessuali.

Il 1° operato, riveduto dopo 21 mesi dall'atto operativo, si presentava in condizioni generali ottime, era ingrassato ed attendeva ai suoi lavori faticosi con tutta l'energia di un giovane. Non accusava disturbi dal lato della vescica; soltanto qualche volta, se si affaticava soverchiamente, risentiva un lieve bruciore alla minzione nelle ultime contrazioni vescicali. Orinava 4-5 volte di giorno, una o raramente 2 volte di notte. Fattolo orinare in mia presenza, trovai il getto valido, senza sgocciolamento, l'orina limpidissima. Introdotto il catetere metallico, trovai il calibro dell'uretra uniforme e normale in tutta la sua lunghezza: non esisteva residuo vescicale. L'esplorazione rettale faceva sentire nella regione della prostata un piano leggermente rilevato a forma di cuore, con apice in basso e la base in alto, pastoso, indolente. Il paziente mi assicurava che la funzione sessuale era completamente conservata e che il coito si compieva normalmente con erezione ed eiaculazione.

Il 2° operato, riveduto pure dopo 21 mesi, aveva aspetto buono, condizioni di nutrizione eccellenti. Non aveva più avuto disturbi di sorta dal lato della vescica: orinava in media 4 volte di giorno e un paio di volte la notte. L'urina era limpida e veniva emessa con forte getto senza sgocciolamento finale: non esisteva residuo vescicale. L'esplorazione rettale dava lo stesso reperto del primo caso. Riguardo alle funzioni genitali confessava di avere l'erezione specialmente la notte, ma non aveva mai provato il coito per tema di risentirne danno.

Il 3° malato, operato il 14 maggio 1911 in condizioni molto gravi, è stato da me riveduto nel mese di novembre 1912, dopo 18 mesi dall'operazione

È il malato che più di tutti ha risentito l'effetto benefico dell'atto operativo, è addirittura trasformato. È ingrassato ed il peso del corpo è aumentato di 19 kg. La funzione vescicale si compie normalmente, senza residuo vescicale; soltanto talvolta un po' di bruciore nelle ultime goccie. L'esame rettale dava il solito reperto osservato negli altri due.

In questo la funzione genitale si è conservata perfettamente come nel 1°. Mi è stato possibile avere il liquido eiaculato durante il coito che all'esame microscopico presentava spermatozoi vitali e ben conservati.

Il 4° malato fu da me visitato un anno e un mese dopo l'operazione.

Anche questo era in condizioni generali ottime e la funzione vescicale si compieva regolarmente come negli altri: mancanza di residuo vescicale. Conservata l'erezione, non aveva mai provato il coito per timore che gli potesse nuocere.

Il 1° malato non si è fatto più vedere, ma da informazioni assunte, ho saputo che persiste un certo grado di incontinenza.

Dell'ultimo malato, operato il 26 giugno 1912, cioè sei mesi fa, ho potuto avere eccellenti notizie per lettera. La funzione vescicale è normale, senza fastidi di sorta. Nel mese di ottobre ha notato un risentimento del testicolo destro che divenne dolente e gonfio: il tutto scomparve col riposo e coll'uso del sospensorio. Assicura di avere spesso l'erezione, ma ancora non si è azzardato a provare il coito.

Il risultato funzionale definitivo è stato adunque ottimo nei miei operati tranne in un sol caso in cui si è avuta la persistenza di un certo grado d'incontinenza che però è indipendente dall'atto operativo, perchè non si poteva prevedere che il tamponamento della loggia prostatica potesse essere causa della formazione di calcoli secondari. Di complicazioni serie non ho avuto ad osservare che quella dell'emorragia secondaria avvenuta nel 4° caso che mi tenne l'animo un po' sospeso, perchè l'emorragia è forse l'incidente più grave che si possa avere nella prostatectomia transvescicale, e quasi tutti i chirurgi hanno avuto per essa qualche caso di morte.

L'unica complicazione infiammatoria è quella che si ebbe nel 6° malato che forse fu determinata dalla troppa fretta che ebbi di applicare la sonda uretrale a permanenza; ma il drenaggio perineale della vescica ebbe presto ragione di essa. L'epididimite che osservai in tre degli operati, non ebbe nessuna conseguenza e risolvette in pochi giorni.

La funzione sessuale non è stata disturbata dall'ablazione della prostata, chè anzi in qualcuno dei miei malati, come per es. nel 3°, la funzione già da lungo tempo sopita forse per le prolungate sofferenze, dopo l'operazione ha subito un vero risveglio. Del resto la conservazione dei canali eiaculatori che è possibile nella prostatectomia transvescicale, spiega la persistenza dell'eiaculazione e bisogna ammettere che la prostata non abbia una grande influenza sul fenomeno dell'erezione, dal momento che questa si mantiene dopo l'operazione.

Oppure bisogna ammettere col Cunèo (V. *Journal de Chirurgie*, T. VI, 1911, pag. 606) che non si tratta di una ipertrofia del tessuto prostatico, ma di una neoformazione adenomatosa che si forma esclusivamente a spese delle glandole periuretrali « l'appareil glandulaire prostatique proprement dit ne prenant aucune part a cette néoformation ». Così interpretata la lesione anatomopatologica, si comprende come il tessuto prostatico, schiacciato alla periferia dalla neoformazione adenomatosa, viene rispettata dall'atto operativo e con esso i canali eiaculatori che sono compresi nel suo spessore.

RIVISTE SINTETICHE.

Gli stati di ansia.

Per il prof. V. FORLÌ.

Fra gli stati emozionali che interessano il nevropatologo e lo psichiatra occupa senza dubbio il primo posto l'ansia. Risulta questa dall'unione della tristezza con la tensione interna, e può presentare tutte le gradazioni, da forme lievissime a forme di estrema intensità. Obbiettivamente essa è facilmente riconoscibile, poichè si accompagna a manifestazioni somatiche evidenti: alterazioni nella funzionalità cardiaca, respiratoria e secretoria, tremori, balbettamento, irrequietudine, espressioni mimiche caratteristiche, lamenti, grida, tendenza a fuggire o ad aggredire.

Come tutte le emozioni, l'ansia può, per motivi adeguati, comparire in soggetti del tutto normali (1), p. es. quando a questi sovrasti un imminente pericolo.

Esistono però numerosi individui i quali presentano una spiccata disposizione agli stati ansiosi. Per questa speciale disposizione il Kahane (*Wiener kl. Wochenschr*, 1913, n. 13) ha recentemente proposto la denominazione di *fobotimia*. Secondo il Kahane anzi, i fobotimici sarebbero assai numerosi; ma molti di essi riuscirebbero a dissimulare questa loro debolezza affettiva, sia

(*) La differenzazione fra stati emozionali normali e patologici non può farsi in base al colorito dell'emozione, che è uguale nei due casi. La intensità rappresenta un criterio di scarso valore, poichè non poche emizioni patologiche non raggiungono vivacità esagerata. La assenza o la futilità della causa determinante costituiscono senza dubbio un carattere degno di considerazione; ma non bisogna dimenticare che l'emozione può essere morbosa pur seguendo ad una causa grave (p. es. uno stato di malinconia consecutivo alla morte di una persona cara). Più importante criterio scaturisce dalla durata e dalla continuità dell'emozione; giacchè è noto che, nei normali, tutte le gioie e tutti i dolori si esauriscono dopo un certo tempo. Va anche tenuto conto della capacità, da parte del soggetto, di dominare la propria emozione; come pure della possibilità o meno che questa venga influenzata dalle persone o dagli avvenimenti.

per un comprensibile sentimento di vanità, sia per il timore che, rivelandola, potrebbe venir danneggiata la loro posizione sociale o professionale. Alcuni di questi dissimulatori sono addirittura in buona fede, poichè non confessano neppure a sè stessi i loro accessi di ansia; essi considerano cioè i fenomeni somatici concomitanti dell'ansia (palpitazione, tremori, ecc.), non come secondari all'emozione, ma come primitivi, e sfuggono le occasioni determinanti l'accesso adducendo come motivo della loro condotta il desiderio assai logico di evitare queste spiacevoli sensazioni. Non bisogna del resto credere che l'ansia si risvegli ad ogni occasione e che i fobotimici siano costantemente dei vigliacchi; moltissimi di essi sono invece capaci di azioni arditissime, e rivelano la loro debolezza solo in condizioni speciali. Il Kahane giunge anzi ad una affermazione che è, almeno a prima vista, addirittura paradossale; egli afferma cioè che molte azioni temerarie, specie nel campo sportivo, nei duelli ecc., sono dovute a individui fobotimici, i quali coltivano con ogni cura queste loro speciali attitudini per compensare sè stessi della mancanza di sicurezza di cui soffrono in altre circostanze assai meno pericolose ed importanti. Lo stato di incertezza, di malessere, di ansia viene infatti a manifestarsi in occasioni che nulla hanno in sè di minaccioso; e si ha così la repulsione esagerata per certe piante, per alcuni animali, o anche per oggetti inanimati, per speciali disposizioni di ambiente, ecc. Assai spesso tale stato d'animo dà luogo a modificazioni della condotta che hanno qualche cosa di stravagante: movimenti ticchiosi, atti superstiziosi a carattere protettivo, pedanterie, ecc. La sfera sessuale offre un vasto campo per lo svolgersi di stati ansiosi più o meno spiccati; e certo molte forme di impotenza relativa sono di origine psichica e stanno in rapporto con le rappresentazioni angosciose cui dà luogo il timore di contrarre una malattia infettiva, di esser vittima di un ricatto, ecc.

Queste forme di fobotimia, in cui il soggetto riesce a vincersi e a dissimulare, rappresentano uno stato intermedio fra la normalità e le numerose forme a carattere ossessivo.

A parte alcune divergenze di carattere non essenziale, è ormai accettato quasi universalmente — riguardo alle ossessioni — il concetto di psicastenia, magistralmente lumeggiato da un valente psicologo francese, P. Janet. Carattere essenziale della psicastenia sarebbe una insufficienza nella funzione del reale. Per intendere questa insufficienza occorre tener presente ch la funzione del reale, la percezione della realtà, la certezza esigono il più alto grado di tensione; mentre la *rêverie*, l'emozione sono fenomeni a tensione bassa. Secondo De Sanctis la condizione psichica fondamentale della psicastenia consiste in una congenita abnorme esauribilità corticale, specialmente nello svolgersi degli stati affettivi, Janet ha posto in evidenza, come stigmata permanente dei soggetti psicastenici, un senso di incompletezza nelle operazioni intellettuali, nell'affettività, nell'azione. Tanzi ha, assai giustamente, lumeggiata la esistenza, in questi soggetti, di una «diatesi di incoercibilità», la quale si rivela fin dalla fanciullezza con scrupoli, timidità, timori; per questi individui il passato è fonte di rimorsi, il presente di dubbi, l'avvenire di paure.

Le ossessioni rappresentano i fenomeni parossistici che si svolgono su questo fondo anormale. Ormai i più ammettono che, qualunque sia il carattere delle ossessioni, queste abbiano sempre una origine affettiva, emozionale. Tuttavia, dal punto di vista clinico, è certamente giustificata — e praticamente utile — la classificazione degli stati ossessivi in intellettuali, emotivi e impulsivi.

Le ossessioni a carattere intellettivo presentano, come ora vedremo, analogie evidenti con fenomeni i quali non sono affatto rari in individui del tutto sani. Va però tenuto presente che le rappresentazioni del genere di quelle cui ora ora accenneremo riescono del tutto o quasi tutto indifferenti ai soggetti normali, mentre destano invece nei psicastenici penose emozioni a carattere angoscioso. Tutti possiamo sentirci spinti a ricordare un nome, senza riuscirvi; ma negli psicastenici questo bisogno (conosciuto col nome di onomatomania), quando non viene appagato, fa sì che il paziente si disperi, passi intere notti senza dormire, compia gli sforzi più disperati per raggiungere lo scopo. Altri psicastenici si sentono costretti a contare i lampioni, le finestre, le persone che incontrano (aritmomania). Magnan narra di un infermo il quale, dopo aver contato di aver mangiato 20 ciliege, trovò nel suo piatto solo 19 noccioli; il paziente cadde in uno stato di vivissima agitazione, e non si calmò se non quando ebbe ritrovato nelle proprie feci il nocciolo mancante. È umano l'interrogare sè stessi e gli altri su cose che non si conoscono; e tutti sanno come questa tendenza sia spiccata nei bambini. Ma nei psicastenici può aversi una smania morbosa di interrogare, di investigare a proposito dei motivi più futili, degli argomenti più assurdi. Così ad esempio, alcuni di questi infermi si sentono costretti a informarsi del nome delle persone che incontrano, a tener nota del numero delle vetture che passano; a ricordare il colore degli abiti o dei capelli dei viandant, ecc. Baillarger narra di un malato il quale non poteva fare a meno di ren-

dersi conto, per ogni donna che vedeva, se ella fosse bella o brutta; l'infermo, per riparare ad una involontaria trasgressione a questa imperiosa abitudine, non esitò a fare un viaggio. Nella « mania metafisica » o « mania del perchè » (*Grübelsucht* dei tedeschi) i pazienti si pongono incessantemente quesiti sciocchi o irresolubili: perchè la sedia si chiama sedia e non altrimenti? perchè essa ha proprio quattro gambe? come è sorto il mondo? se Dio esiste, da dove è venuto? ecc. ecc. Altre volte si tratta di rappresentazioni, di immagini che gli infermi non riescono assolutamente a scacciare; essi si sentono costretti a rappresentarsi nude o in posizioni oscene le persone con cui parlano, anche quelle che più amano e rispettano. Un malato di cui narra Löwenfeld doveva continuamente pensare ad una gigantesca mano di spettro la cui descrizione aveva letto in un romanzo; un altro infermo, ogni qual volta aveva occasione di parlare di persone celebri, era forzato a dire a sè stesso: «eppure anche quest'uomo deve andare al cesso».

Nelle forme emotive delle ossessioni risulta evidente il senso di incertezza e di insufficienza che, come innanzi si è detto, rappresenta il carattere psichico fondamentale di questi infermi. Frequente è il timore di aver dimenticato o di non aver fatto bene una data cosa; gli infermi dubitano di non aver chiuso la porta di casa, di non aver ingommata una lettera o di averla impostata senza indirizzo; temono di non essersi spiegati bene, di aver usato frasi ambigue che l'interlocutore potrebbe aver interpretato come offensive; sono tormentati dal timore di appropriarsi involontariamente oggetti appartenenti ad altri, e ciò li porta a munire i loro cappelli e i loro ombrelli di una quantità di segni visibili, senza che tuttavia ciò riesca in essi ad eliminare il dubbio che anche altri possa far uso dei medesimi complicati contrassegni. Nella « follia dl dubbio con delirio del contatto », descritta da Esquirol, Legrand de Saulle, Tamburrini ed altri, i malati si interrogano angosciosamente ad ogni atto che essi devono compiere, poichè sembra ad essi che ogni azione, anche la più semplice, possa avere il significato di approvazione, di accettazione riguardo ad una idea sorta nella loro mente, ma da essi respinta come erronea, oscena, peccaminosa (sovente si tratta di idee a contenuto sessuale o blasfematorio). Nelle numerose forme note sotto la denominazione complessiva di « fobie » l'emozione dominante non è il dubbio, ma la paura. Impressioni analoghe non mancano nei normali: vi hanno, ad esempio, individui i quali mal volentieri indossano abiti nuovi, si affacciano in luoghi molto alti, ecc. Assai conosciuta è l'agorafobia: gli infermi, mentre sono capaci di camminare benissimo per le vie strette, non riescono ad attraversare le piazze, sicchè sono costretti a farne il giro, rasentando i muri. Nella claustrofobia invece i pazienti soffrono appena si trovano in spazi chiusi, specialmente nei tunnels. Acrofobia vien detta la esagerata paura delle altezze; analoga a questa è la invincibile ripugnanza a nuotare in acque profonde. Misofobia o rupofobia è il ribrezzo per la sporcizia, spinto oltre i limiti estremi consentiti dalla normalità; Tanzi racconta di una signora ricca, elegante e colta la quale aveva tanto orrore della polvere, da passare intere ore a lavare i pavimenti; questa signora giunse perfino a voler costringere gli inquilini della casa di cui essa era proprietaria, a calzare speciali pantofole prima di salire la scala, per evitare che questa potesse venire insudiciata. Talora anche il contatto di oggetti puliti (metalli) riesce angoscioso, e non son rari gli infermi che si lavano giornalmente un numero infinito di volte. Nella patofobia esiste nei pazienti il timore invincibile di contrarre una malattia. Curioso è il fatto che, in genere, non si tratta qui di malattie le quali possono svilupparsi senza che occorrano speciali circostanze (p. es. bronchiti, angina, tifo, ecc.), ma di forme morbose che sogliono richiedere occasioni ben determinate (lissa, sifilide). La assenza di queste circostanze causali non ha per il paziente alcun valore probativo: in una signorina la lissofobia si svolse dopo che ella aveva semplicemente accarezzato un cane, che non era e non divenne poi arrabbiato; un malato di Tanzi affermava di aver contratto la sifilide per aver toccato la maniglia di una porta, dopo che su di essa aveva poggiato la mano una mondana d'alto bordo. Analoga alla forma precedente è la paura di potere inavvertentemente ingoiare con i civi veleni, aghi, scheggie di vetro. Nello stesso gruppo rientra anche la paura di divenire deformi (dismorfofobia); Tanzi riferisce di una signorina la quale temeva che il suo naso potesse improvvisamente divenir sede di una pigmentazione bruna, e si guardava centinaia di volte al giorno nello specchio per convincersi che ciò non era avvenuto. Frequente è il timore di arrossire (erentofobia), per effetto del quale gli infermi divengono sempre più timidi, incerti, imbarazzati. Meno rara di quanto si creda è forse la paura di venir sepolti durante uno stato di morte apparente (tafefobia).

Ma le forme ossessive indubbiamente più tormentose per il malato sono quelle che implicano la rappresentazione della possibilità di una azione scorretta o addirittura delittuosa. Accade anche a normali di chiedere a sè stessi, durante una lezione o uno spettacolo teatrale, « che cosa accadrebbe se io scoppiassi in una rumorosa

risata, se gettassi un grido, ecc. »; ma questa idea viene subito scacciata. In alcuni infermi invece le idee di questo genere occupano stabilmente il campo della coscienza; e ad esse si associa il timore torturante di dover cedere alla tentazione di agire. Io ho curato poco tempo fa una signora la quale, ogni volta che guardava una finestra aperta, era presa dal timore angoscioso che le venisse il desiderio di gettarsi nella via. Nella enorme maggioranza dei casi il paziente non giunge a compiere la azione temuta, o tutto al più cede a tentazioni relativamente innocue, come ad es. quella di bestemmiare o di pronunciare parole oscene. Ma non è esclusa la possibilità che — per finirla una buona volta con l'ossessione che lo tortura — il paziente si risolva a compiere un atto violento e perfino delittuoso. La origine morbosa di tali delitti è, dal punto **di vista medico-legale,** facilmente riconoscibile non solo perchè manca ogni causa esteriore del reato, ma anche perchè l'infermo aveva già prima palesato la esistenza in lui della tendenza delittuosa, e si era dichiarato pronto a sottomettersi a qualunque cura pur di liberarsene.

Janet fa rientrare nella psicastenia anche quelle forme morbose che altri autori chiamano « nevrosi da attesa ansiosa »; ma Kräpelin, pur riconoscendo l'analogia fra i due quadri sintomatici e pur ammettendo la possibilità di forme di passaggio, ritiene che le due affezioni debbano rimanere distinte. La nevrosi da attesa ansiosa è costituita appunto dall'insorgere di un senso penoso di aspettativa, fino al dispiacere e anche al vero dolore morale. Le occasioni che dànno luogo al destarsi di questa penosa sensazione sono d'ordinario rappresentate dalla esecuzione di atti funzionali che vengono normalmente compiuti senza uno speciale concorso della attività psichica, svolgendosi cioè automaticamente (camminare, stare in piedi, inghiottire ecc.). Questo stato di ansia, il quale fa considerare gli atti suddetti come difficili o addirittura impossibili, può raggiungere un grado assai elevato, sì da inuenzare notevolmente la condotta dell'infermo. Un esempio classico di questa affezione ci è dato dalla autobiografia del celebre Fechner, il quale giunse a trascurare ogni lavoro, a passare lunghe ore chiuso in una camera oscura, a non uscire all'aria aperta se non con gli occhi bendati. Spesso i pazienti vengono presi, al momento di compiere l'atto che è causa dell'ansia, da una estrema debolezza o da movimenti convulsivi. Sembra che la attesa ansiosa inizi in seguito a disturbi somatici veri, quantunque transitori e insignificanti; più tardi però la causa somatica scompare, e l'elemento genetico del disturbo è rappresentato dal ricordo di malattia

I caratteri per differenziare la attesa ansiosa dalle fobie sarebbero, secondo Kräpelin, essenzialmente i seguenti: il punto di partenza della malattia è formato da determinate esperienze personali; il timore ha un contenuto ipocondriaco che riguarda i processi del proprio organismo; l'infermo non ha nozione del carattere psichico dei suoi disturbi, ma li risente solo come fenomeni nervosi (debolezza, dolori, spasmi, atassia).

Le manifestazioni più gravi dell'ansia si hanno negli stati depressivi (melanconia, frenosi maniaco-depressiva), e anche in alcuni stati crepuscolari epilettici, in alcoolisti deliranti, all'inizio della catatonia e in qualche demente paralitico. Nelle forme più lievi ed iniziali l'ansia è d'ordinario indeterminata; ma grado a grado gli incerti presentimenti, i timori vaghi assumono la forma concreta di paure più o meno nettamente raffigurate. Gli infermi appaiono irrequieti, agitati, tremano, si lamentano, gridano, chiedono grazia, accusano senso di costrizione alla regione cardiaca (ansia precordiale). In queste condizioni i pazienti devono venire considerati come pericolosissimi poichè spesso attentano alla propria vita, e non di rado in maniera ostinata ed orribile (inghiottono chiodi o pezzi di vetro, si fracassano il capo contro il muro, dànno fuoco ai loro abiti dopo averli imbevuti di petrolio, ecc.). E non è raro che essi compiano azioni di disperata violenza anche contro le persone dell'ambiente.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Sul valore antitriptico del siero di sangue nelle malattie infettive acute.

(P. POZZILLI).

Il siero di sangue, come pure varii liquidi e tessuti organici e varii albuminoidi animali, hanno la proprietà di ostacolare l'azione di tutte le diastasi proteolitiche, caglio, pepsina, tripsina, actinodiastasi, proteasi microbiche. Fra queste proprietà antifermentative del siero di sangue è sopra tutte quella antitriptica che è stata in questi ultimi tempi maggiormente studiata, in ispecie poi che Brieger e Trebing credettero poter ravvisare nell'aumento di tale azione antitriptica una caratteristica delle cachessie in genere, e della cachessia cancerigna in ispecie: si è creduto così di poter dare una rilevante importanza diagnostica alla determinazione del potere antitriptico del siero e allo studio delle sue oscillazioni in alcuni stati morbosi.

La tripsina possiede proprietà digestive sui proteici come la fibrina, l'albumina d'uovo, il latte. Basta però aggiungere alla miscela di albumina e di fermento una piccola quantità di sangue o di siero di sangue per ostacolare la digestione. L'azione della tripsina dunque sembrerebbe essere neutralizzata dal siero che manifesta un « potere antitriptico ».

Ci è sembrato interessante riassumere brevemente una dotta monografia del dott. P. Pozzilli (edita in Roma dalla Officina Poligrafica Italiana), sia dal punto di vista delle applicazioni diagnostiche e prognostiche, sia per la serietà del lavoro dovuta alle numerose esperienze eseguite con sano indirizzo scientifico. L'esame di un grande numero di sieri (complessivamente 336 esperienze), appartenenti a soggetti malati di infezioni svariate, nonchè i numerosi controlli (i quali solamente dànno valore scientifico alle esperienze nella pratica della sierodiagnosi), eseguiti in soggetti con affezioni croniche, in individui normali, e perfino sui sieri curativi, ha reso possibile al dott. Pozzilli di constatare il valore della reazione.

Mentre molti anni fa i fermenti erano soltanto un interessante capitolo di chimica fisiologica, oggi essi fanno parte, e vi primeggiano, dell'indagine biologica. In tutti gli esseri viventi avvengono continuamente trasformazioni chimiche, cioè delle combinazioni vengono scisse e bruciate, delle sostanze nuove vengono per contro formate dalle sostanze più semplici.

I fermenti o enzimi, appartenenti probabilmente alla categoria dei nucleoproteidi o secondo altri degli albuminoidi, essendo un prodotto di elaborazione delle cellule viventi dell'organismo, rappresentano, secondo le più moderne vedute, gli istrumenti chimici adatti, mediante i quali avvengono tutti quei cambiamenti chimici delle diverse sostanze, che formano il substrato materiale della sostanza vivente.

Secondo le più recenti ricerche il siero di sangue contiene parecchi enzimi: il glicolitico, l'amilolitico o enzima diastasico, il lipolitico o lipasi, il fibrinfermento, la tripsina o enzima proteolitico, la chimosina. Come esistono i fermenti nel sangue, si trovano anche gli antifermenti, i quali nella loro azione sono paragonabili alle antitossine, inquantochè sono capaci di neutralizzare *in vitro* il fermento corrispondente: si comportano cioè come l'antitossina rispetto alla tossina. I più importanti antifermenti sono: l'antilabfermento, l'antifibrinfermento, l'antipepsina, l'antisteapsina, l'antitripsina.

Gli antifermenti non hanno ancora alcun interesse per la clinica; solamente fa eccezione l'*antitripsina*. L'interesse per gli anticorpi contro gli enzimi proteolitici sta nell'aver trovato che il siero di sangue ha un'azione ostacolante sull'autolisi degli organi.

L'A. dopo aver esposto l'interessante studio dei fermenti proteolitici dei leucociti, conclude che nei globuli bianchi esiste un fermento analogo se non identico alla tripsina, e che è racchiuso unicamente nei polinucleari o nelle cellule che li formano (cellule primordiali a nucleo chiaro e a protoplasma basofilo, mielociti non granulosi, della leucemia acuta).

Dopo aver fatto un rapido, ma preciso cenno storico dei principali lavori pubblicati sull'argomento, il Pozzilli espone in un capitolo a sè i varii metodi usati per la determinazione del potere antitriptico.

La scelta della tecnica per lo studio delle reazioni umorali è di capitale importanza; è certamente necessario che essa alla esattezza dei risultati unisca la semplicità, senza la quale ogni applicazione clinica resterebbe illusoria.

I varii metodi usati per la dimostrazione dell'antitripsina nel siero di sangue consistono essenzialmente nel valutare la limitazione operata dal siero in esame sopra la digestione di sostanze proteiche da parte del fermento proteolitico leucocitario. A tutti i diversi metodi, discutibili specialmente perchè quasi tutti gli autori non si sono serviti di una tripsina di attività conosciuta, e perchè troppo complicati e lunghi, il Pozzilli ha preferito di istituire le sue ricerche seguendo il metodo dei tubetti di gelatina solida, proposto dal Fermi per la ricerca di enzimi proteolitici, essendo la gelatina il reagente più sensibile e sicuro di quanti reagenti (fibrina, siero, albume d'uovo, caseina, latte) sono stati usati dai varii sperimentatori.

Egli ha constatato che la quantità minima di un siero in condizioni patologiche, capace di impedire la digestione è cmc. 0.1: se ora nella stessa prova, nel primo tubetto di controllo (ove c'è sola tripsina) è avvenuta dopo 24 ore la digestione di mm. 3 di gelatina, si può dire che il valore antitriptico di quel siero è $\frac{0.1}{3}$, dove a questa formula non si attribuisce valore matematico, ma puramente convenzionale.

Il potere antitriptico del siero normale e in condizioni fisiologiche non presenta mai variazioni sensibili: è molto basso e costante, e si può affermare lo stato patologico quando ciò non si verifica. Ma anche in molti processi patologici il potere antitriptico è uguale alla norma, se si faccia eccezione del cancro e delle infezioni acute. È in queste specialmente, che la reazione è sempre positiva, mostrando aumento dell' antifermento.

Dalle molte ricerche eseguite sembra doversi considerare il potere antitriptico del siero come dovuto ad un anticorpo diretto contro la tripsina: tutto ciò sembra dovuto senza dubbio alla presenza costante dell'antigene, e ad una specie di equilibrio nell'organismo tra la tripsina e l'antitripsina; l'introduzione in quantità maggiore della prima, determina ben presto un'esagerazione dell'attività della seconda.

Si tratta di una proprietà specifica contro un fermento dato, oppure questo anticorpo si produce contro una sostanza qualunque introdotta? Vi sono più antigeni?

Allo stato attuale delle nostre conoscenze il problema è ben lungi dal trovare una soluzione sicura. Ci è troppo ignota per ora la natura dei principii che agiscono nelle reazioni immunitarie; e la influenza delle sostanze colloidali organiche sulle azioni enzimatiche è di una notevole complessità e di difficile interpretazione.

Pertanto possiamo dire, che se noi non rigettiamo il classico modo di vedere per tutto il complesso di fenomeni immunitari, se restiamo fedeli alle dottrine di Ehrlich che vedono una semplice reazione chimica nell'unione tra antigene e anticorpi, dobbiamo anche nel caso della antitripsina del siero vedere nella validità e nella applicabilità del criterio di Danysz e Dungern (irreversibilità della reazione tossina-antitossina) un ottimo argomento per ammettere la esistenza di una reazione chimica irreversibile tra il fermento e l'antitripsina funzionante da antifermento; senza per questo essere costretti ad ammettere l'origine immunizzatoria dell'antitripsina stessa; sapendosi che nel siero normale si hanno numerosi anticorpi capaci di combinarsi nello stesso modo che quelli di origine immunizzatoria con antigeni svariati (emolisine, agglutinine normali, ecc.), e aventi anche con questi grande somiglianza di struttura.

Concludendo, il potere antitriptico del siero di sangue è una reazione dell'organismo contro l'influenza dei fermenti proteolitici.

La ricerca di questa reazione ha bisogno di una tecnica precisa, perchè i risultati possano essere paragonabili, e assai semplice per essere di uso clinico.

Il potere antitriptico del siero denota la presenza di un anticorpo, come lo dimostra la sua produzione sperimentale negli animali sotto l'influenza di un antigene. L'antigene sembra — nella maggior parte dei casi — essere il fermento proteolitico dei leucociti polinucleari, come lo provano l'aumento del potere antitriptico in tutte le infezioni acute, con decorso febbrile, e la costanza della reazione ogni volta che si produce una distruzione leucocitaria nell'organismo. Al contrario l'A. rigetta assolutamente l'opinione di Brieger e Trebing, che ammettono come antigeni i fermenti endocellulari dei tessuti, poichè dalle numerose osservazioni risulta che non sarebbe possibile considerare la reazione antitriptica come una reazione di cachessia.

Dal punto di vista delle variazioni del potere antitriptico dalle 336 esperienze eseguite, di cui 184 su infezioni acute, l'A conclude:

a) il potere antitriptico dei sieri normali varia pochissimo;

b) è così anche nelle infezioni croniche (tubercolosi, sifilide, malaria), e in alcune infezioni di animali (tripanosoma Nagana e Durina, cimurro, morva, carbonchio);

c) la presenza di anticorpi svariati nel siero di cavallo (sieri curativi), non induce modificazioni sul potere antitriptico normale del siero di cavallo;

d) l'aumento del potere antitriptico si è trovato in tutte le infezioni acute (eccetto che nella bronchite, meningite cerebro-spinale, endocardite acuta): tra le infezioni croniche è solamente il cancro che manifesta quasi sempre un aumento dell'antifermento, reazione che senza essere specifica, può avere un discreto valore clinico.

La ricerca del potere antitriptico per ciò può essere utilizzato in due circostanze principali; allorchè si sospetta l'esistenza di una qualche infezione, senza manifestazioni cliniche bene accertabili, e quando la diagnosi di cancro è dubbia.

A. S.

Pubblicheremo prossimamente:
Allegri, Pancreatite da orecchioni;
Ricciardelli, Della pneumonite abortiva;
Paolantonio, L'uso dell'adrenalina nella cura della glomerulo-nefrite scarlattinosa.

CHIRURGIA.

Lussazione e sub-lussazione del menisco interno dell'articolazione del ginocchio.

(ROCHER e CHARRIER. *Gazette des Hôpitaux*, 1913, n. 17).

La molteplicità e la complessità dei legamenti dell'articolazione del ginocchio rendono difficile la diagnosi differenziale della lussazione dei menischi cartilaginei dalle distorsioni del ginocchio localizzate ai legamenti laterali interno ed esterno ed ai legamenti crociati.

In questi ultimi tempi numerosi lavori sopra tutto a proposito delle lussazioni recidivanti dei menischi, han dimostrato l'importanza del trattamento chirurgico in queste lesioni traumatiche (*meniscopessia, meniscectomia*), in confronto delle cure fisiche ed ortopediche che sovente riescono inefficaci.

Rocher e Charrier (*Gazette des Hôpitaux*, 1913, n. 17) pubblicano tre casi di sub-lussazione recidivante del menisco interno, associata o no a lesioni di altri legamenti della stessa articolazione, a sostegno della loro affermazione che il trattamento cruento non è indispensabile in tutte queste lesioni traumatiche del ginocchio: essi vi hanno ottenuti buoni risultati dalla riduzione incruenta ed immobilizzazione, bagni d'aria calda, massaggi, ecc.

Secondo l'A. queste lesioni sono più frequenti di quanto sembrerebbe dalla letteratura: la diagnosi spesso si confonde con quella delle distorsioni recidivanti, dell'idrartro cronico.

Si verificano sopra tutto nei giovani vigorosi, dediti agli esercizi sportivi, causate da lievi traumatismi: passo falso, danza, ecc. È stata più volte notata una certa predisposizione famigliare.

Per lo più per un movimento brusco di rotazione esterna della gamba, mentre il ginocchio è flesso, il paziente avverte un dolore vivo alla regione e cade, o è costretto a reggersi alla parete, per es.: la gamba rimane deviata in posizione di flessione e di rotazione esterna: l'articolazione è immobilizzata.

In certi casi il paziente può fare dei tentativi di riduzione estendendo bruscamente la gamba od aiutandone con le mani la estensione; e se vi riesce, può riprendere a camminare senza gravi difficoltà, avvertendo dolore ed ostacolo alla funzione; i quali sintomi andranno mano mano attenuandosi. Nelle forme recidivanti, i pazienti acquistano il segreto, diciamo, atto alla riduzione, mediante manovre e movimenti speciali della gamba.

In altri casi la riduzione dev' essere praticata dal chirurgo, e delle volte richiede l'anestesia generale se non un intervento cruento (fissazione od ablazione del menisco).

Ciò che caratterizza la lesione è la localizzazione ben precisa del dolore lungo l'interlinea articolare in corrispondenza del menisco lussato. In corrispondenza di questo, mentre dura lo stato di lussazione, non sempre si riscontra speciale sporgenza o depressione della regione; ridotta la lussazione, specialmente nei casi recidivanti, si palperà tenendo il ginocchio in estensione un rilievo caratteristico tutt'intorno al margine esterno del menisco il quale si ispessisce per ciò che il Roux ha descritto col nome di *meniscite traumatica*.

Di solito si ha versamento sieroso lento e modico dentro le prime 24-48 ore. Nelle lussazioni recidivanti si ha atrofia muscolare che può raggiungere dei gradi avanzati e che, insieme alla lassezza della capsula articolare e dei legamenti del menisco sia ai suoi estremi, sia nel suo margine esterno con la capsula stessa, può costituire dei veri stati di infermità.

È molto più frequente la lussazione del menisco interno di quella dell'esterno. Il menisco normalmente ha un'inserzione anteriore ed una posteriore e delle inserzioni capsulari lungo il suo margine esterno. La lussazione si verifica per strappamento dell'inserzione anteriore o posteriore, per tutte due insieme, ma sopra tutto per strappamento delle inserzioni legamentose laterali alla capsula articolare. Ciò è stato dimostrato negli interventi chirurgici: Konjetzny in otto casi operati ha riscontrato integre le inserzioni anteriori e posteriori, mentre tutto il margine esterno del menisco era completamente distaccato dalla capsula.

Secondo il Barker l'isolamento del menisco dalla capsula è prodotto da una serie di distorsioni del ginocchio che finiscono per dare la lussazione completa recidivante del menisco: la sublussazione recidivante può aversi per semplice lassezza della capsula articolare.

La radiografia può mettere in evidenza l'ombra triangolare del menisco, se è eseguita in senso antero-posteriore; può pure dimostrare se esso è ispessito o spostato; ma sono dati poco attendibili.

Nella diagnosi differenziale bisogna ben distinguere la distorsione del ginocchio e la presenza di corpi estranei nell'articolazione.

Nella distorsione il versamento articolare è quasi istantaneo ed ematico, nella lussazione del menisco è lento e sieroso; la prima è prodotta per la più dalla rottura del legamento interno ed il dolore è localizzato presso l'inserzione ossea di questo, mentre nella lussazione il dolore ha sede nella linea articolare; nella distorsione infine, a gamba estesa, son possibili movimenti laterali del ginocchio. Le due affezioni possono coesistere, causate da uno stesso trauma.

Più difficile è la diagnosi differenziale con i corpi estranei articolari. La mobilità di questi (*sorcio articolare*) e la spostabilità della sede del dolore li fanno distinguere dalla lussazione. La notizia di un trauma o più traumi pregressi, la constatazione di una sporgenza lungo la linea articolare, oppure di corpi estranei spostabili ed in sede varia, ed infine il reperto radiografico possono giovare alla diagnosi, specialmente questo ultimo se i corpi articolari sono ossificati.

La sub-lussazione meniscale dev'essere ridotta al più presto per far cessare il dolore e per evitare le alterazioni dell'articolazione. I processi di riduzione si riducono a due ordini di manovre: 1° esagerazione della flessione del ginocchio ed insieme torsione in senso contrario a quella che ha causato la lesione, seguita da brusca estensione della coscia sulla gamba; 2° estensione lenta della gamba sulla coscia accompagnata da propulsione dell' estremità inferiore del femore dall'interno verso l'esterno combinata a un movimento di rotazione interna della gamba. La riduzione dev' essere seguita da un periodo di immobilizzazione sufficiente a far ottenere la consolidazione dei legamenti del menisco. I bagni d'aria calda, secondo il metodo di Bier, faciliteranno il riassorbimento dell'idrartro; la termoterapia serve a prevenire le lesioni croniche della articolazione. Il massaggio e le correnti faradiche gioveranno contro l'atrofia muscolare. La ginocchiera elastica sarà applicata per prevenire i postumi della lussazione.

Se malgrado tutto si ha la recidiva, bisogna intervenire.

Kroiss è favorevole alla estirpazione del menisco (60 % di guarigioni). Katzenstein raccomanda invece la fissazione del menisco alla capsula articolare ed al periostio tibiale nei casi di lussazione semplice, se non vi sono alterazioni notevoli del menisco stesso dovute alla così detta *meniscite traumatica*.

P. S.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica Oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma
diretta dal prof. G. FERRERI.

Sulla sintomatologia delle etmoiditi croniche

per il prof. T. MANCIOLI, aiuto.

In seguito a processi flogistici delle cavità nasali o nel decorso di infezioni (tra cui prototipa l'influenza), non è raro che ammali più o meno diffusamente il labirinto etmoidale, ammasso di cellule variamente esteso a seconda dell'ampiezza dei seni coi quali confina (anteriormente i frontali e posteriormente gli sfenoidali), aperto largamento in basso con le cavità nasali, comunicante in alto con la cavità cranica per i forami della lamina cribrosa e per le numerose deiscenze attraversate dai vasi sanguigni e linfatici.

L'etmoidite acuta talora risolve col vuotarsi della raccolta (sierosa o purulenta) attraverso le naturali aperture dell' etmoide nella cavità nasale; talora invece la raccolta si fa strada nella cavità cranica dando luogo alla meningite basilare; altre volte si apre nei seni limitrofi (frontale o sfenoidale), altre volte infine assume un decorso *cronico*.

Vi sono forme di etmoiditi croniche in cui il localizzarsi del dolore alla radice del naso, la secrezione abbondante e la contemporanea stenosi nasale richiamano l'attenzione del medico sulla possibilità di una malattia nasale.

Ma in molti altri casi l' etmoidite cronica si presenta con una sindrome indeterminata in cui possono figurare: cefalea frontale od occipitale variabile per intensità e durata, temperatura di poco al disopra del 37° e lungamente remittente, sensazioni subiettive di stanchezza mentale, diminuzione di memoria e di attitudine al lavoro, disfonie lievi apprezzate quasi unicamente da chi attende all'educazione artistica della voce.

È l'esame rinoscopico associato alla diafanoscopia e alle prove radiagrafiche, talora brillanti, che permette di svelare con sicurezza l'etmoidite cronica e anche di far precisare la diffusione del processo flogistico nei vari aggruppamenti delle cellule etmoidali, indicazione necessaria per la scelta dell'intervento. Merita però che noi parliamo un po' del sintoma dolore che, giustamente apprezzato, potrà, da solo, guidare il medico pratico alla diagnosi, per lo meno di probabilità, dell' etmoidite e consigliare le ricerche più fine.

Quasi sempre il paziente accusa una cefalea frontale specialmente accentuata nella regione orbitaria del lato colpito: tale cefalea si esacerba in corrispondenza dell'angolo interno dell' occhio quando il paziente si soffia il naso (sintoma di Röhmer); è maggiormente intensa di notte e può venir confusa con la cefalea luetica da cui non sarà talora differenziabile che con l'esame generale e col criterio « a iuvantibus », è invece facilmente distinguibile dalla semplice emicrania di cui non ha nè il breve parossismo nè la sede, e dalla nevralgia sopraorbitale, che si risveglia con la compressione sulla incisura omonima.

Il dolore nella etmoidite viene sempre risvegliato dal dito esploratore che, applicato fra il globo oculare e la parete interna dell'orbita, prema sull'*os unguis*.

Se alla compressione sarà dolente anche la regione più mediale del sopracciglio si dovrà pensare ad una compartecipazione flogistica del seno frontale. Se spontaneamente o con la compressione sull'*os unguis* la cefalea verrà riferita anche all'occipite si dovrà pensare ad una diffusione di processo al seno sfenoidale.

Il breve riassunto di alcuni casi clinici importanti per le svariate manifestazioni riferibili all'etmoidite interesserà molto più di una arida esposizione di sintomatologia.

I. — Etmoidite cronica: febbre remittente, accessi isteroepilettici.

M... R... di anni 48, maritata con prole. Affetta da circa un anno da temperatura remittente (36°.5-37°.?), essendo stata riscontrata sana negli organi interni, ricorre a noi per sapere se tale fatto può essere in rapporto con una secrezione abbondante e talora fetida che ha dal naso da diversi anni.

Gli esami locali, confortati da una nitida radiografia, depongono per una flogosi cronica purulenta delle cellule etmoidali di sinistra.

Interrogando la malata sui suoi disturbi subiettivi essa ci narra di avere facile stanchezza mentale, diminuzione della memoria e di andar soggetta a crisi nervose, da 11 anni, consistenti in perdite di coscienza (di durata variabile da pochi minuti a mezz'ora) seguìte talora da un periodo piuttosto lungo di ottundimento intellettuale, altre volte da rapido ritorno della coscienza. Talora questi accessi che si ripetono tutti i giorni (talora anche 2-3 al giorno) sono sostituiti da crisi di riso o di pianto, o da periodi di tremore generalizzato a tutto il corpo, specie di notte.

Intrapresa un'opportuna cura medica dell'etmoidite, dopo un paio di mesi col diminuire della secrezione nasale la temperatura torna normale mentre gli accessi isteroepilettici (tali erano state classificate le crisi da neuropatologi, che nulla avevano riscontrato all'esame obiettivo) si fanno molto più rari. Contemporaneamente migliorano le condizioni generali della paziente la quale va aumentando di peso, pur non modificando in nulla la sua dieta e non facendo altra cura che quella locale.

Sopraggiunta l'estate la paziente va in campagna ove, fiduciosa del beneficio del clima, trascura la medicazione nasale: dopo poco tempo si riaffaccia la secrezione e gli accessi riprendono la primitiva frequenza. Tornata la signora in Roma gli accessi pur essendo variabili di durata e di forma si fanno di nuovo giornalieri, finchè modificatasi di nuovo notevolmente e favorevolmente l'etmoidite, accessi e temperatura (che era ricomparsa), scomparvero. Sono attualmente circa 5 mesi che la signora è in pieno benessere rilevabile oltre che dalla assenza di febbre e di accessi nervosi anche da un miglioramento delle condizioni generali, ritorno dell'appetito e aumento di peso.

II. — Etmoidite, disfonia.

R... B..., di anni 45, maritata con prole. Si lamenta di disfonia lieve e cefalea frontale, a tipo gravativo, associata spesso a dolore nel muovere gli occhi; si stanca presto nel conversare e nello scrivere.

Ricorda di essere stata assoggettata due volte, 15 anni e 5 anni avanti, a estirpazione di polipi dal naso: ha avuto sempre abbondante secrezione nasale.

L'esame della laringe mostra una lieve iperemia diffusa. L'esame del naso fa rilevare la presenza di missomi, tolti i quali si nota una secrezione purulenta lieve dal meato medio. Questo fatto associato al dolore che si risveglia con la compressione digitale sull'os unguis di sinistra, depone per l'esistenza di una etmoidite anteriore. Ridotto il turbinato inferiore e instituita una cura adatta endonasale, diminuisce la secrezione dall'etmoide, cessa la cefalea e non è più riapparsa la disfonia.

III. — Etmoidite cronica da trauma-disfonia; disturbi psichici.

T... E..., di anni 42: otto anni or sono veniva sbalzata da un fragile dogkar e andava a sbattere la fronte sul selciato: seguì una commozione cerebrale di cui dopo circa un mese guarì residuando abbondante secrezione nasale. La signorina che frattanto studiava canto, al riprendere le sue lezioni cominciò a provare dolori alla fronte (1) specie nella emissione di note alte e si accorse nel

(1) Tale fatto venne da me spiegato tenendo conto della limitazione involontaria portata dal cantante nell'emettere alcune note per evitare il dolore che tale vibrazione può suscitare in un etmoide malato.

tempo stesso che la risonanza della voce era alterata mentre in pari tempo insorgevano disturbi di memoria e diminuzione di attitudini al lavoro. Ad otto anni di distanza dal fatto ed in mezzo alle gravi difficoltà apportate da un lungo processo perr esponsabilità civile, potei ritenere in parte attendibili i fatti denunciati, basandomi oltre che su criteri obiettivi, sul reperto radiografico che mostrava una ben netta opacità in corrispondenza delle cellule etmoidali anteriori del lato sul quale la signorina era caduta. Anche in questo caso il dolore si rivelava facilmente con la compres-sull'osso unguis.

IV. — Etmoidite cronica, febbre remittente di lunga durata.

C... M... di anni 12, da circa un anno è affetta da febbre quotidiana 37°-37°.7 che dura circa 3-5 ore, specie nel pomeriggio, rimettendo poi completamente. Gli esami clinici più accurati, varie volte ripetuti, escludono una lesione degli organi interni.

L'esame delle urine nulla presenta di anormale. La cutireazione è negativa.

L'esame del naso presenta un missoma alla narice destra e ci si dice che altro polipo fu estratto, or fa un anno, dalla stessa narice.

La paziente si lamenta talora di una fugace cefalea frontale specie a destra.

La compressione digitale risveglia prontamente e ben vivace il dolore nella regione dell'osso unguis di destra.

V. — Etmoidite cronica e disturbi a carico dell'occhio.

L... P... uomo sulla sessantina, riferisce di essere andato soggetto da moltissimi anni a forti raffreddori e stenosi nasale, e di aver notato frequenti disturbi a carico del visus all'O. D. (fotofobia, obnubilazioni, ecc.) fatti che spesso scomparivano dopo aver avuto la possibilità di scaricare il naso di abbondante secrezione. Tale beneficio suol portare anche la cessazione di una cefalea gravativa che si estende fra la regione dell' orbita e quella del sopracciglio e che talora si ripercuote nella regione della nuca.

L'esame rinoscopico e l'esplorazione digitale concordano per una etmoidite cronica mucopurulenta, mentre l'esame del fondo dell'occhio destro mostra una lieve stasi venosa specie nei periodi di peggioramento.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 20 giugno 1913.

Pavesio. *Sull'impiego del siero antitubercolare Marmorek nelle tubercolosi chirurgiche.* — L'A. ha curato 19 casi di tubercolosi chirurgica col siero Marmorek, introdotto ora per via sottocutanea, ora per via endovenosa, ora per clistere ed ora per iniezione locale.

I risultati permettono le seguenti conclusioni:

1° nella maggior parte degli ammalati curati per via sottocutanea, endovenosa o locale si ha la comparsa di fenomeni anafilattici. Questi cominciano in genere dopo la V iniezione e durano fino alla XII; quantunque molesti sono ordinariamente bene sopportati; in un solo caso essi assunsero tale gravità da consigliare la sospensione della cura;

2° somministrando il siero per clistere non si hanno fenomeni anafilattici;

3° il siero non esercita alcuna azione nociva palese, su nessun organo;

4° in tutti i casi si ebbe un miglioramento talora molto notevole dello stato generale, miglioramento più pronto ed evidente adoperando il siero per clistere;

5° con iniezioni locali di siero si riuscì ad ottenere la diminuzione o la scomparsa di adeniti tubercolari che avevano resistito a molti altri metodi di cura;

6° per avere un effetto utile manifesto sulle tubercolosi ossee ed articolari occorre che la cura sia continuata assai a lungo.

Seduta del 4 luglio 1913.

Rolandi. *Ricerche bacteriologiche in un caso di congiuntivite di Parinaud.* — L'A. mediante inoculazioni sottocutanee in cavie di pezzetti di congiuntiva e di linfoglandula del collo di un ragazzo di 11 anni affetto da una forma di congiuntivite nota sotto il nome di congiuntivite di Parinaud, ha isolato un bacillo tubercolare che per alcuni caratteri culturali differisce dal comune bacillo di Koch.

Il suo periodo di sviluppo è compreso fra 15-20 giorni, cresce sul siero di sangue coagulato e rigogliosamente sui soliti mezzi glicerinati sia solidi che liquidi. Sulla patata glicerinata lo sviluppo è tardivo e poco cospicuo. Cresce nel latte non coagulandolo, e sull'agar semplice, sul quale però le culture non raggiungono mai lo sviluppo di quelle ottenute sugli altri mezzi nutritizi.

L'A. ne ha provato la virulenza nella cavia ed iniettando sia nel derma, sia sottocute, sia nel peritoneo una o due divisioni della siringa di Pravaz ha avuto la morte dell'animale in un tempo fra 15 giorni e tre mesi per tubercolosi generalizzata.

Facendo poi tentativi di innesto con un'emulsione di bacilli mediante leggerissime scarificazioni dell'epitelio su congiuntiva di coniglio l'A. ha ottenuto dopo 20 giorni dei noduli grigio-giallastri sottoepiteliali che non avevano tendenza all'ulcerazione e che dopo circa due mesi scomparvero nel volgere di pochi giorni senza lasciare alterazione alcuna nel tessuto congiuntivale. PIETRO SISTO.

Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del luglio 1913.

A. M. Luzzatto e **A. Zaccaria**. *Contributo alla radiografia del cranio nell'idrocefalo congenito.* — Caso di idrocefalo cronico, in osservazione già da 4 anni. I fatti s'iniziarono verso i 12 anni. Attualmente esistono grande aumento di volume del capo, cefalee, vertigini, cospicua diminuzione dell'intelligenza ed arresto dello sviluppo corporeo, atrofia neuritica dei NN. ottici, paralisi spastica degli arti inferiori. — La radiografia del cranio dimostra assenza della lamina quadrilatera dello sfenoide, ingrandimento della sella turcica. Questi fatti sono probabilmente da interpretare nel senso di un idrocefalo congenito. La mancanza della lamina quadrilatera accenna infatti ad un vizio di prima formazione, così pure accennerebbero ad un semplice idrocefalo l'associazione della mancanza dei segni di lesione ipofisaria colla dilatazione della sella turcica. L'assenza di escavazioni lacunari nella volta cranica quali furono descritte da altri, parla contro la ipotesi di una meningite sierosa.

V. Zamorani. *Un caso di paralisi oscillante dell'oculomotore comune* (presentato dal socio Luzzatto). — Ragazzo di 18 anni. Fin dai primi tempi di vita presenta paralisi completa di tutti i muscoli motori dell'occhio destro eccetto il retto esterno. La palpebra superiore ora è abbassata, ora più rialzata che di norma. A palpebra abbassata la pupilla destra è dilatata, mentre si restringe quando la palpebra si rialza. Ciò indipendentemente da ogni intervento della luce o dell'oscurità. Questi fatti si alternano con intervalli variabili tra 10"-40".

L'assieme del caso corrisponde al così detto *Kernschwund di Möbius*. Rampoldi ed Axenfeld hanno descritto alcune osservazioni molto simili alla presente.

Minerbi. Prende la parola per attribuire buona parte della sintomatologia descritta al simpatico. Osserva che in questo malato vi ha contemporaneità ricorrente dei seguenti tre fenomeni: restringimento della rima palpebrale, restringimento della pupilla, approfondamento del bulbo oculare nell'orbita.

Questa triade fenomenica costituisce notoriamente la sindrome caratteristica della paralisi del simpatico oculare. Le oscillazioni più o meno ritmiche del grado d'innervazione simpatica sono d'altra parte un fenomeno abbastanza banale: per es. nelle variazioni della tonicità delle piccole arterie dei singoli distretti vascolari, destinate a mantenere costante il livello della pressione arteriosa generale. Ad ogni modo nel caso presente si può ritenere che esista un'aplasia congenita del distretto nervoso centrale del 3° paio destro, la quale, per mezzo della radice motrice fornita al ganglio oftalmico, influisce anche sull'innervazione simpatica corrispondente dell'apparecchio oculare.

Boschi. *È possibile una canizie emotiva subitanea?* — Il problema è discusso. La leggenda è ricca di casi del genere, e ai riferimenti leggendari si accostano le osservazioni riferite da molti scienziati. Kaposi invece nega la possibilità del fenomeno; Schein e Stieda ritengono che un incanutimento non possa avvenire se non per atrofia della funzione pigmentogena della papilla, e quindi per la sostituzione di capelli bianchi a quelli colorati che vengono periodicamente a cadere (secondo i calcoli di Kann noi perdiamo sistematicamente da 30 a 100 capelli al giorno).

L'O. descrive una causa di errore d'osservazione,, per cui, in un suo caso, sarebbe stato possibile ritenere una canizie emotiva rapida quello che non lo era. Crede quindi importante la sua relazione come sussidio alla critica.

Una donna, in legger grado nevrotica, verso la cinquantina, brizzolata, in seguito a una serie di gravi patemi d'animo comincia a perdere i capelli, e incanutisce, completamente, in due o tre settimane.

L'O. ha potuto convincersi che l'incanutimento era soltanto apparente, dipeso dall'essere caduti solamente i capelli bruni e rimasti soltanto i pochissimi bianchi; i quali, male spiccando sulla tinta bianchissima della pelle, a una prima occhiata sommaria apparivano men rari che non fossero.

Una conferma di questa interpretazione sta nel fatto che alle sopraciglia, alle ascelle, al pube, dove peli bianchi non preesistevano, e dove pur si è avuto influsso emotivo nella caduta di peli, non si è avuto accenno d'incanutimento.

A proposito poi dei rapporti fra fenomeni del capillizio e tiroidismo (Walsh, Peterson, Lévi e Rotschild) nota il Boschi un lieve grado di basedowismo (ingrossamento tiroideo, esoftalmo) da lui avvertito nella paziente, che pure racconta essere stata colpita da un po' di gozzo e da un incanutimento piuttosto rapido anche la madre, in seguito ad un forte dispiacere.

Nota ancora come, alquanti mesi dopo un breve trattamento coll'*antitiroidina Moebius*, i capelli siano in molte parti del capo risorti, e bruni.

Minerbi. Evoca, a proposito dei rapporti fra ghiandola tiroide e capillizio, il caso da lui osservato molti anni or sono di un uomo che era mixedematoso, quindi ipotiroidico, e mostrava una particolare vigoria della capigliatura, in quanto questa si conservava bruna e foltissima all'età di 60 anni.

Padovani. *Il luminal negli stati di eccitazione e nell'epilessia.* — Negli stati d'agitazione, l'O. ha usato il luminal sia *per os*, che per iniezione. Per via orale, in malate che presentavano anche una non modica inquietudine, giovò la somministrazione di gr. 0.10, fatta quattro o cinque volte *pro die*. Lungi dal determinare il sonno, il medicamento induceva una quiete sonnolenta, una benevola sensazione di calma che durava molte ore ed era utile, perchè mentre dava la necessaria sedazione permetteva l'alimentazione, i bagni di pulizia o di cura e qualunque altra bisogna occorresse.

Per iniezione, il luminal, nella forma sodica, si è mostrato assai giovevole, anche in istati di agitazione violenta.

Alla dose di 2 cmc. al 20 % provocava dopo tre quarti d'ora a 1 ora e mezzo, un sonno che durava da tre a sette ore, profondo e riposante. Al risveglio nessun disturbo secondario. L'unico svantaggio è il ritardo nell'agire: perciò la probabile urgenza rappresenta quasi una controindicazione del Luminal, che non può sostituire altri alcaloidi ad azione più rapida, anche se di minore fiducia.

Dove il luminal ha fatto veri miracoli è stato nell'epilessia. Tanto per citare una cifra, mentre in un periodo abromico, in dieci epilettiche si sono avuti 131 accessi e 24 vertigini, in un periodo equivalente, col trattamento al luminal, si ebbero 32 accessi e 11 vertigini. In certe malate si notò una vera e propria sospensione completa dei fatti convulsivi.

L'O. prescrisse la dose media di gm. 0.20 e non superò mai i gm. 0.50. Non riscontrò alcuno dei fatti spiacevoli notati da altri: solo in qualche epilettica, con la sospensione completa o no degli accessi, si manifestò talora uno stato anche grave d'agitazione; qualche altra si lagnò di un senso molesto di ebbrezza o di sonnolenza, che si attenuò o scomparve, diminuendo le dosi.

Il luminal dà dunque all'eccitato la calma e il riposo che gli sono necessari senza sprofondarlo in una narcosi che non ha alcun rapporto con il sonno fisiologico; dà all'epilettico, senza obbligo di regimi speciali, un mezzo attivo ed efficace per lottare contro le manifestazioni convulsive; rarefacendole al massimo o sopprimendole al tutto, gli conferisce il diritto di prendere parte alla vita sociale.

BOSCHI.

Società Emiliana e Marchigiana di ostetricia e ginecologia.

Adunanza del 29 giugno 1913.

Presiede **E. Ferroni.**

Iasonni. *La siero-reazione di Rivalta in rapporto all'eclampsia.* — L'O. comunica alcune esperienze fatte colla reazione di Rivalta in casi di eclampsia in gravidanza ed in puerperio. Dai risultati ottenuti conclude che il valore prognostico della siero-reazione di Rivalta nei casi osservati è venuto a mancare.

Che gli indici di reazione sono in rapporto diretto cogli edemi e con la secrezione urinaria.

L'O. fa quindi l'ipotesi che nei casi speciali di eclampsia la sostanza precipitante nella soluzione diluitissima di acido acetico non sia costituita da globuline, sostanze che rappresentino prodotti di difesa dell'organismo, ma anche da prodotti di disintegrazione cellulare date le gravi lesioni specialmente del rene e del fegato.

Si riserva in una pubblicazione più estesa di esporre i dettagli della tecnica seguita e delle osservazioni fatte.

Fabbri. Complemento alla comunicazione precedente *Sulla diagnosi delle cisti dermoidi.*

DECIO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Predisposizioni generale e locale al cancro studiate dal punto di vista biochimico.

Le conoscenze sulla predisposizione dell'organismo ad essere affetto da tumori si limitano a quelli che la clinica ha insegnato: età, regione anatomica, stimolo, ecc. Mentre gli studi etiologici sui tumori hanno in questi ultimi anni occupato l'attività di molti ricercatori, la questione del terreno di predisposizione è rimasta nel campo clinico.

E. Freund e G. Kaminer in una serie di lavori che vanno dal 1910 al 1912 (« Ueber beziehung zwischen Tumorzellen und Blutserum », *Wiener klin. Wochen.*, 1910, 10-34; *Biochemische Zeitschrift*, 1910, Bd. XXVI; « Zur Chemie der Prädilektionsstellen für Karzinom », *Wiener klin. Wochen.*, 1912, 43) hanno affrontato l'importante problema dal punto di vista biochimico.

In una prima serie di indagini hanno ricercato il potere conservativo o citolitico dei sieri del sangue rispettivamente del canceroso o dell'uomo normale verso le cellule dei tessuti sani e neoplastiche epiteliomatose.

La tecnica seguita è stata la seguente: Prelevata asetticamente una parte di tumore, asportata chirurgicamente o dal cadavere, l'hanno finamente tritata e sospesa in cinque parti di una soluzione di bisolfato di sodio 1:100; tale sospensione è stata filtrata attraverso garza e quindi le cellule depositate al fondo del filtrato sono state lavate con soluzione fisiologica e addizionate ad una soluzione 1:100 di fluoruro di sodio: in tal maniera le cellule sono state conservate per settimane.

Al siero di sangue, prelevato asetticamente sia dal cadavere che dal vivente, è stato addizionato talora nelle proporzioni 1:10, una soluzione di fluoruro di sodio 5 : 100.

Per la prova citolitica in piccole provette da saggio sono state mescolate 10 gocce di siero, una goccia di sospensione cellulare ed una goccia di fluoruro di sodio al 5 %. Con successive conte prima e dopo la permanenza della mescolanza in termostato a 40° sono state numerate le cellule contenute nel liquido.

Gli AA. hanno trovato che il siero di sangue dei soggetti *non cancerosi* ha la proprietà *di distruggere le cellule cancerose*; invece è senza azione sulle cellule normali degli organi, siano queste provenienti da cancerosi che da indenni.

I risultati sono costanti qualunque sia il tipo e la provenienza del cancro.

La proprietà citolitica specifica è dovuta ad una sostanza non dializzabile, precipitabile con l'alcool, che scompare a 55°, solubile nell'etere.

L'aggiunta d'una soluzione di fluoruro di sodio 1 % non inibisce l'azione citolitica.

Il *siero degli individui affetti da cancro non distrugge invece le cellule cancerose, nè le cellule di tessuti normali*, l'estratto etereo egualmente si mostra inattivo.

Le differenze chimiche tra siero di cancerosi e siero di non cancerosi è nel contenuto di *colesterina* e di *lecitina*: il siero di canceroso è più ricco di colesterina, meno ricco in lecitina.

Diluendo il siero di individui normali in parti eguali con soluzione fisiologica non si sopprime l'azione citolitica per le cellule cancerose; scompare invece l'azione citolitica se si aggiungono a tre parti di siero normale due di siero di canceroso: il che prova che nel siero dei cancerosi v'ha, oltre alla diversità chimica, una proprietà antagonista alla proprietà citolitica del siero normale.

Una importante constatazione degli stessi AA., che forse avrà in avvenire valore diagnostico, è la seguente: aggiungendo siero canceroso ad estratti cancerosi, il liquido s'intorbida, e l'intorbidamento si rischiara se si aggiunge siero normale o estratto etereo di siero di cavallo.

Le proprietà speciali rilevate nel siero dei portatori di cancro, persistono anche dopo le operazioni radicali, senza recidive, dopo cinque fino ad 11 anni. Esse dunque più che condizioni resultanti dallo sviluppo del cancro, possono essere intepretate come fattori predisponenti all'insorgenza del cancro stesso.

Ma la clinica insegna che oltre a predisposizioni generali esistono *predisposizioni locali:* è il secondo problema che gli AA. si sono proposto e che hanno cercato di risolvere studiando l'azione degli estratti di tessuto sulle cellule cancerose.

Essi hanno trovato che gli estratti di organi normali di adulti non cancerosi distruggono rapidamente le cellule cancerose, mentre nessuna azione hanno sulle cellule normali. Invece gli estratti di tessuti, che in un canceroso sono la sede del cancro primitivo, non solo non distruggono le cellule cancerose, ma le proteggono contro la distruzione provocata dal siero normale e dagli estratti di tessuto normale. Il solito problema secondario s'imponeva: è tale proprietà conseguente o predisponente all'insorgenza del cancro? Gli estratti di tessuti di una vecchia ulcera della gamba sono totalmente sprovvisti di

potere distruttivo per le cellule cancerose; ma non le proteggono contro l'azione del siero normale; nello stesso modo si comportavano l'estratto di tessuti d'un'ulcera dello stomaco e l'estratto di mucosa uterina affetta da catarro cronico pregresso.

Invece tessuti affetti da suppurazione, da tubercolosi acuta o cronica conservavano il potere distruttivo.

Sembra dunque che vi sia una predisposizione locale al cancro là dove processi infiammatori cronici hanno esaurito l'acido grasso solubile nell'etere, che distrugge le cellule cancerose.

Vario comportamento hanno dimostrato gli estratti d'organo non colpiti da cancerosi: ora essi conservavano il loro potere citolitico normale, ora se ne mostravano sforniti.

In conclusione il cancro si svilupperebbe nell'organismo umano, secondo le ricerche di Freund e Kaminer, a patto di ragioni di predisposizioni generali e locali; predisposizioni biochimiche di cui la prima sarebbe legata alla presenza di una nucleoalbumina patologica, la seconda alla scomparsa d'un acido grasso che esisterebbe nel sangue e nei tessuti normali, provvisto di potere citolitico per le cellule cancerose.

T. PONTANO.

CASISTICA.

Il dolore quale sintoma di malattie degli organi interni.

Una definizione soddisfacente del dolore non è stata ancora trovata, quantunque nessuno ignori che cosa sia il dolore fisico. E neppure può dirsi ancora stabilito con assoluta certezza se, per la percezione del dolore, esistano terminazioni nervose e fibre conduttrici speciali, o se invece la sensibilità tattile e la dolorifica si svolgano nei medesimi apparati nervosi, diversificando fra di loro solo per la minore o maggiore intensità dello stimolo che provoca la sensazione.

Il medico non deve accontentarsi delle indicazioni fornitegli spontaneamente dai pazienti intorno ai caratteri del dolore che essi avvertono; ma deve invece rivolgere agli infermi adatte domande in proposito. Non deve inoltre dimenticare che esiste anche una dolorabilità latente, la quale può rimanere del tutto ignota al paziente, mentre invece è facile, e talora importante, il porla in evidenza.

L'insorgere del dolore è naturalmente in rapporto con stimoli di una certa intensità; ma occorre anche tener conto della sede, della sensibilità individuale del soggetto (temperamento), come pure di condizioni psichiche accidentali indipendenti dalla volontà del soggetto stesso (è noto, ad esempio, che quando esiste un turbamento psichico in senso depressivo, gli individui risentono più intensamente gli stimoli capaci di provocare dolore fisico).

Le sensazioni dolorose si ripercuotono certamente sulle funzioni della vita vegetativa; ne sono una prova le modificazioni che, sotto l'azione del dolore, si verificano nel diametro delle pupille, nella innervazione vasale, ecc. La esistenza di questi fenomeni rende verosimile l'ipotesi che il decadimento somatico, verificantesi sovente in malattie le quali dànno luogo a prolungate sensazioni dolorose, debba venir riferito a riflessi risvegliati dal dolore nel campo della vita vegetativa, e specialmente nell'apparato gastro-enterico.

L'insorgere del dolore in regioni del corpo innervate dal sistema della vita di relazione si comprende facilmente, mentre invece più difficile a intendersi sono le sensazioni dolorose svolgentisi in organi innervati esclusivamemnte dal sistema della vita vegetativa; si può anzi dire che a questo proposito non esista ancora una teoria universalmente accettata, malgrado le numerose osservazioni e ricerche di vari autori (Lennander, Wilms, Neumann, Melzer e Kast, Ritter, ecc.). Secondo Head e Mackenzie gli organi interni non contengono alcuna fibra nervosa capace di sentire il dolore; esisterebbero però in essi fibre centripete, di origine simpatica, le quali verrebbero continuamente stimolate dai processi svolgentisi negli organi stessi, e, a loro volta determinerebbero un continuo succedersi di riflessi motori e vascolari. Se gli eccitamenti che stimolano queste vie centripete aumentano di intensità, allora — secondo Head e Mackenzie — la stimolazione si irradia nel midollo spinale, dalle vie simpatiche alle vie del sistema nervoso di relazione, dando luogo così, a seconda delle vie che vengono eccitate, a riflessi sensitivi (dolore) o a riflessi motori (contrazioni). Sovente la zona di iradiazione dei detti stimoli corrisponderebbe a territori cutanei e muscolari posti immediatamente al dinanzi degli organi da cui parte l'eccitamento. Tale fatto non è però costante; e noi non ignoriamo che, in casi di polmoniti, può aversi dolore nei muscoli addominali in corrispondenza dell'appendice, dolori così intensi e prolungati da simulare l'appendicite e indurre il chirurgo all'intervento operativo; come pure vediamo sovente, nell'angina pectoris, il dolore irradiarsi lungo l'arto superiore sinistro, nel territorio innervato dal cubitale.

La conoscenza di queste irradiazioni dolorose in casi di affezioni degli organi interni può giovare alla diagnosi. Però occorre tener presente che il prodursi di un vero dolore si ha soltanto nei periodi di esacerbazione; mentre invece, nei periodi di calma, esiste soltanto una zona di iperestesia e di iperalgesia nei territori corrispondenti (confrontare in proposito i noti schemi per le zone di Head).

V. FORLÌ.

(Roth. *Mediz. Klinik*, 1913, n. 22).

Zona e litiasi biliare e renale.

G. Bécus (*La Prov. méd.*, 9, 1° marzo 1913), riporta tre osservazioni cliniche in cui l'eruzione di herpes zooster e la neuralgia insorsero in tre pazienti sofferenti il primo di litiasi biliare, gli altri due di litiasi renale. La distribuzione della eruzione avea particolari interessanti. Nel caso di angiocolite e litiasi vescicolare neuralgia e zona occupavano i territorî dell'8° e 9° nervo dorsale di destra, nei casi di litiasi renale i fenomeni erano distribuiti nei territorî dell'11° e 12° nervo dorsale e del 1° lombare. In tutti e tre le osservazioni l'eruzione zoosteriana aveva il carattere delle nevralgie con herpes zooster sintomatiche: poca febbre, breve durata; senza coincidenza di stagione o epidemica.

L'A. pensa che una relazione di causa ad effetto possa esistere tra lo stato di sofferenza vescicolare e reno-ureterale e le neuralgie con eruzione zoosteriana.

Pochi casi di tal genere ricorda la letteratura medica e per i reni e per la vescicola biliare. L'A. è persuaso che tale rarità è in rapporto con la deficiente osservazione talora, talora con una lesione latente degli organi.

La patogenesi così si dovrebbe ricostruire: le fibre simpatiche del rene e dell'uretere fanno capo all'11° e 12° segmento dorsale e al 1° lombare, quelle delle vescicole all'8° e 9° segmento dorsale; tali fibre si trovano in modo particolare irritate in seguito allo stimolo permanente determinato dalla presenza di calcoli, irritazione aggravata da accessi ripetuti di colica epatica o di colica nefritica in rapporto con la litiasi e colecistite da una parte, con le crisi di nefroptosi dall'altra. I gangli corrispondenti del midollo risentono tale irritazione e la trasmettono ai nervi periferici.

Accanto quindi alle zone primitive, specifiche o non, alle zone secondarie ad una lesione locale midollare o vertebrale, ne esiste una sintomatica di lesioni di organi interni; quando una neuralgia zoosteriana compare nel corso d'una malattia infettiva, si deve ricercare la presenza d'una causa d'irritazione o d'una lesione viscerale che può essere latente e di cui la sede corrisponderà generalmente a quelle delle localizzazioni cutanee.

t. p.

Sui sintomi pseudo-colecistici del tifo.

I dolori nel decorso del tifo sono rari e sono si può dire quasi sempre indizio di complicazioni allarmanti: però esistono attacchi dolorosi che non hanno tale valore prognostico. Essi in qualche caso assumono il carattere di una colica epatica e su di questi richiamò recentemente l'attenzione il Bennecke riportandone sette casi. In tutti i dolori insorsero spontaneamente, aumentavano però nelle manovre palpatorie: esisteva un certo grado di tensione muscolare ed in cinque casi potè constatarsi un aumento di volume del fegato, mai però ittero. I dolori s'irradiavano alle spalle solo in un caso, negli altri sei solo in basso lungo il decorso del cieco, il vomito non si osservò mai, quello che è più caratteristico è che in quattro casi si constatò un versamento pleurico a destra. In tali casi forse i dolori a tipo colico potevano essere provocati dal versamento stesso, infatti scomparvero in seguito al riassorbimento di questo.

Sui rapporti tra affezioni addominali e toraciche è stato scritto molto recentemente e quindi non si può negare una diretta dipendenza dell'affezione pleurica colla localizzazione intestinale del tifo. In un caso che venne all'autopsia non si constatò alcuna lesione della cistifellea.

Dalle osservazioni dell'A. si può dunque concludere che negli attacchi di colecistite nel decorso del tifo bisogna pensare a numerosi altri processi prima di ammettere una colecistite: o può trattarsi di un'epatite acuta o alterazioni muscolari in seguito ad emorragia e degenerazione o di una pleurite complicante.

P. A.

(*München. Med. Woch.*, 10 giugno 1913).

TERAPIA.

Cura delle infezioni batteriche dell'organismo a mezzo di rimedi chimici.

Nel passato per saggiare il potere battericida delle sostanze chimiche si usava farne la prova *in vitro* sopra culture pure e quando l'azione di tali sostanze risultava poco evidente, si riteneva che un risultato analogo dovesse aver luogo nell'organismo animale. Ma ultimamente si è scoperto che l'atoxil, inattivo *in vitro* contro i batteri, lo è al contrario in grado elevato nell'interno

del corpo animale. Morgenroth ed altri hanno provato lo stesso fatto per il chinino e i suoi derivati.

Blumenthal ha provato che il sublimato così attivo *in vitro* contro i batteri, lo è nell'animale molto meno di altri preparati mercuriali della serie aromatica, i quali mostrano invece *in vitro* un'azione battericida assai limitata.

Secondo l'opinione di Ferdinand Blumenthal, espressa in *The Journal of State Medicine*, febbraio, 1913) l'intensità dell'azione battericida di una sostanza *in vitro*, non è affatto indice dell'intensità dell'azione esercitata nell' organismo vivente. Nello stesso modo si è potuto dimostrare che l'azione dei rimedi non è per nulla identica negli animali da esperimento e nell'uomo.

Così Neisser, Tomaczewski, Franz Blumenthal e altri, hanno provato che l'azione di alcuni preparati mercuriali, fortissima contro le spirochete della sifilide esperimentale negli animali, lo è molto meno nell'uomo; al contrario degli effetti brillanti dei preparati arsenicali (Atoxil, Salvarsan).

È lecito supporre che se si fossero prese per base le recenti ricerche sugli animali di esperienza probabilmente dei preparati mercuriali, come il calomelano e il sublimato, non si sarebbero mai adoperati nella sifilide umana e tutta la terapia mercuriale sarebbe stata messa in disparte, giacchè le esperienze di Franz Blumenthal dimostrano appunto che per gli animali il sublimato, così attivo nell'uomo, ha un'azione assai leggermente spirillicida mentre con altri sali mercuriali avviene assolutamente il contrario.

Così i preparati di acido salicilico, attivi per l'uomo nelle forme di reumatismo articolare, lo sono pochissimo per gli streptococchi del reumatismo iniettati negli animali, e al contrario il siero antistreptococcico, così attivo nelle infezioni streptococciche animali, non lo è per nulla in quelle umane.

L'argento è usato contro i gonococchi e gli altri germi del pus. L'azione antigonococcica è indiscussa, ma quella contro gli altri agenti della suppurazione non è così universalmente accettata. Contro questi ultimi si sono però sempre adoperati dei preparati colloidali (collargolo, elettrargolo), mentre le soluzioni colloidali sono molto meno attive, contro le infezioni, delle soluzioni che contengono degli ioni liberi.

I sali di argento quali il lattato d'argento e l'argatoxil, sono adoperati anche per iniezioni sottocutanee. L'argatoxil è una combinazione d'argento e arsenico; l'arsenico aumenta la quantità di agglutinine e batteriolisine, e favorisce la formazione delle antitossine.

Le iniezioni di sali d'argento provocano dei depositi d'argento sotto la cute, anche lontano dal luogo di iniezione, che si riassorbono lentamente e sono eliminati di regola soltanto dall'intestino. Nelle iniezioni di argento ionizzato entro le vene, il metallo produce ematuria che sparisce però nelle ventiquattr'ore senza lasciare alterazioni renali.

I rimedi chimici possono essere divisi in due gruppi secondo il loro modo di agire. Gli uni attaccano direttamente i microrganismi, gli altri favoriscono la produzione di anticorpi, la fagocitosi, ecc., manifestando quindi un'azione indiretta. I preparati arsenicali agiscono direttamente sui tripanosomi e le spirochete poichè appena poche ore dopo l' iniezione il sangue è liberato dai microrganismi. Il mercurio, contro le spirochete, e l'argatoxil contro le infezioni batteriche, hanno invece un'azione indiretta in quanto la disparizione dei microrganismi si ha qualche giorno dopo l' iniezione, quando il preparato è già stato eliminato in gran parte.

Dott. GOD.

Iniezioni sottocutanee di urotropina nella cura della febbre tifoide.

In questi ultimi anni, l'urotropina è stata introdotta nella cura di molte malattie infettive. Il suo uso si è generalizzato specialmente dopo i lavori del Crowe, che ha dimostrato la grande diffusibilità di questo medicamento nell'organismo animale, per cui esso si mette subito in evidenza nella bile, nel succo pancreatico, nella saliva, nel sangue, nelle urine, ecc.

Egli dimostrò inoltre l' innocuità di dosi massive di 5 gr. e più nelle 24 ore; per effetto delle quali in pochi giorni si riusciva ad ottenere la sterilizzazione della vescichetta biliare con la scomparsa del *b. coli* e del *b. d'Eberth.*.

A Chauffard spetta l'idea di usare l'urotropina nella febbre tifoide. Richardson l' ha usata nella dose di 2 gr. al giorno per ottenere una più rapida scomparsa della bacilluria eberthiana nei tifosi in convalescenza.

Chauffard, partendo dal concetto che l'elemento primo della tifoide è la setticemia eberthiana, in breve complicata da infezione delle vie biliari e dell'intestino, ritiene che l'urotropina costituisca una vera cura causale, in quanto è capace di sterilizzare le vie biliari.

Chauffard, Carnot, Fiessinger consigliano però di non superare le dosi di gr. 2-3 al giorno.

Malgrado l' uso della urotropina, l' evoluzione fatale dei casi gravi non è affatto ritardata. Dipende forse da insufficienza di dosi, oppure dal modo di somministrazione ?

La innocuità delle alte dosi di urotropina è stata dimostrata sperimentalmente e clinicamente.

D'altra parte la sua scarsissima tossicità giustifica l'uso di questa sostanza per iniezioni sottocutanee.

Triboulet e Lévy (La *Presse Médicale*, 22 febbraio 1913) l'hanno usata nelle dosi di 20 40 cgr. in soluzione fresca nell'acqua sterile, aumentando le dosi progressivamente fino a 4-6 gr. al giorno, iniettata in due volte. Hanno fatto questa cura in tre casi, dei quali riferiscono brevemente la storia. In essi l'efficacia dell'urotropina fu evidente, specialmente nei 2 casi più gravi e di più lunga durata.

Durante questa cura, hanno studiato accuratamente lo stato delle urine, ed hanno concluso che l'urotropina somministrata a questo modo e in tali dosi produce non una vera nefrite, ma una specie di irritazione dell'apparato urinario, di cui l'ematuria è l'esponente maggiore.

In una prima fase essa produce disepitelializzazione delle vie urinarie basse, dimostrata dalla presenza di cellule vescicali e leggera pseudo-albuminuria.

In una seconda fase, il fenomeno congestivo è più intenso e si traduce nella presenza dell'ematuria microscopica.

In una terza fase si ha ematuria franca accompagnata da sintomi d'irritazione vescicale (tenesmo, minzioni dolorose, ecc.).

Gli AA. conchiudono dicendo che non si tratta di una lesione renale, sostenendo che l'albuminuria e l'ematuria sono ambedue d'origine vescicale.

L'urotropina è molto diffusibile anche se somministrata per via orale. L'efficacia delle iniezioni sottocutanee è ancora maggiore per gli effetti antisettici ed antitermici più evidenti.

Rapidamente la lingua secca e fuligginosa diventa umida, l'adinamia e la diarrea scompaiono, le urine si rischiarano.

Gli AA. ritengono che l'urotropina troverà applicazioni in molte forme di setticemie, specialmente in quelle accompagnate da bacillocolia ed enterite infettiva.

P. S.

Il cambiamento d'aria nella tosse convulsiva.

L'importanza del cambiamento d'aria nella tosse convulsa era finora consigliato da tutti i medici, il Langer però in base a numerose testimonianze dei più illustri pediatri si eleva contro questa abitudine che, avendo un valore terapeutico nullo o quasi nullo, contribuisce alla diffusione della malattia.

Il Widerhofer pur non negando in qualche raro caso un miglioramento nelle condizioni dell'infermo in seguito al cambiamento d'aria, sostiene che nei casi in cui si ammette che questo ha provocato la guarigione di una forma grave di tosse convulsa non si trattava di una tale malattia. L'Hauser sostiene che il cambiamento di aria giova solo pel fatto che i bambini vengono tenuti più all'aperto. L'Henoch invece nega qualunque benefico effetto da tale provvedimento ed il Neumann lo considera addirittura immorale e passibile di procedimento penale a carico del medico.

I vantaggi del cambiamento d'aria si possono ottenere pure nella casa dell'infermo provvedendo ad una ventilazione più opportuna.

I medici non debbono essere quelli che favoriscono la diffusione delle malattie infettive.

P. A.

Rubrica ufficiale sanitario ed igiene

« I fermenti lattici » nelle preparazioni farmaceutiche.

È da parecchi anni che nella terapia sono utilizzati i fermenti lattici.

Sul principio sono stati usati in certe affezioni intestinali ed a questo uso vanno prendendo ora uno sviluppo considerevole; però recentemente queste preparazioni vengono usate ancora in ostetricia ed in chirurgia (medicazioni di piaghe infette, gingiviti, suppurazioni auricolari, reniti, ecc.).

Questo sviluppo crescente della bacterioterapia lattica ha provocato l'apparizione di un gran numero di specialità farmaceutiche, che disgraziatamente non corrispondono sempre ai desiderata della pratica medica e sono qualche volta la causa d'insuccessi, che alcuni medici, non accorti, hanno creduto di dovere attribuire al principio stesso di questa terapeutica.

Alcuni fabbricanti di fermenti lattici guidati da considerazioni puramente commerciali apportano queste preparazioni sotto forma di compresse, che il Metschnikoff (1) dichiara poco raccomandabile; in esse i bacilli si trovano in uno stato di attività insufficiente. E spessissimo, esaminando questi prodotti, dice lo stesso Metchnikoff, « io ho trovato in luogo del bacillo bulgaro, « altri microbi sotto forma di bacilli del tutto « differenti e qualche volta nocivi. Nulla da stu« pire che prodotti simili facciano più male che « bene ».

Sono giunti alle stesse conclusioni: in Italia

(1) *Microbes et longevité*. La Revue 15. janvier 1911, p. 145.

Gorini (1), in Germania Luersen e Kuhn (2), Oehler (3), Henneberg (4), in Francia Effront (5), Grimbert (6) e recentemente Berthelot et Bertrand (7). Questi ultimi sopra 36 campioni di varie preparazioni di fermenti lattici esaminati, di 12 campioni di compresse, sette disseminate nel latte si sono dimostrate sterili, tre hanno coagulato il mezzo dopo 48 ore, il latte era leggermente acidificato, ma questa coagulazione è stata seguita dopo qualche giorno da una digestione del coagulo. Solamente due specie di compresse hanno determinato, ma dopo 24 ore di soggiorno a 37°, una leggera acidificazione seguita da una coagulazione completa verso le 48 ore, ed il mezzo di coltura è in seguito restato sempre inalterato.

La produzione di acido in questi due casi era dovuta alla presenza del bacillo bulgaro, che si era lentamente e debolmente sviluppato.

Di otto preparazioni in polvere, due hanno dato una coltura di bacillo bulgaro, gli altri sei campioni non contenevano fermenti lattici viventi.

Ma ciò che più impressiona sono i risultati ottenuti dalle colture eseguite in altri mezzi. Due specie di compresse riuscirono complessivamente sterili, ciò che vuol dire di nessun valore terapeutico, da 14 campioni tra polveri e compresse sono stati isolati microbi proteolitici aerobi ed anaerobi, fra i quali il *subtilis* ed il B. *mesentericus* ed ancora il B. *fluorescens liquefaciens*; da un campione si ebbe una coltura pura di B. *perfrigens*.

Tutto ciò dimostra la necessità di un controllo bacteriologico sopra queste preparazioni farmaceutiche.

Ecco come si consiglia di procedere per il loro esame:

Come mezzo di prova si utilizza il latte con tornasole sterilizzato contenuto in un tubo da saggio nella quantità circa di 20 cmc.

Per verificare i prodotti freschi si preleva con una pipetta sterilizzata una goccia delle preparazioni in brodo o con un'ansa di platino una quantità di latte coagulato che sia all'incirca gr. 0.01 di sostanza.

(1) Rendiconti R. Istituto Lombardo, 1908.
(2) Centrablatt. f. Bakteriol., Parasitenk. und Infektionkr., XX, 1908, p. 234.
(3) *Ueber Yoghurtkontrolle.* Centralblatt f. Bakteriol., t. XXX, 30 Maj 1911.
(4) *Trockene oder flüffige Yoghurtcpräparate.* Tageszeitung für Brauerei, n. 297, p. 1751, 19 décembre 1911.
(5) Mouiteur scientifique Quesneville. Août 1911, p. 489.
(6) Société de Pharmacie de Paris, 9 juin 1909.
(7) Annales des falsifications, 1912, p. 164.

Per verificare i prodotti secchi la tecnica è un po' differente.

Quando si abbia da fare con una polvere se ne fa cadere asetticamente un grammo in 5 cmc. di acqua sterilizzata, si agita il miscuglio e si lascia a contatto per un quarto d'ora; si addizionano a più tubi di latte sterile 5 o 6 gocce per ciascuno dell'emulsione ottenuta, in modo da introdurre nei 20 cmc. di latte sterilizzato circa gr. 0.05 di prodotto da esaminare.

Per le compresse, si deve dapprima procedere alla sterilizzazione di una piccola parte della superficie, che si fa per mezzo di una spatola portata al rosso; dopo con un piccolo trapano passato alla fiamma si scavano vari fori al centro della zona superficiale sterilizzata. Si raccoglie separatamente la polvere che per l'azione del trapano si ottiene dal fondo della cavità, trascurando quella superficiale che ha subita l'azione della sterilizzazione. La polvere accuratamente raccolta, circa gr. 0.05 a 0.06, si diluisce in 1 cmc. di acqua sterile e dopo un quarto di ora di contatto si introduce asetticamente nel latte sterile. Si ripete naturalmente questa operazione con diverse compresse di ciascun campione.

Si lasciano soggiornare le prove di latte così preparate a 37°; si nota il tempo necessario perchè si produca una quantità di acido sufficiente a determinare la coagulazione del latte.

Si debbono considerare preparazioni abbastanza attive quelle che sieno almeno suscettibili di determinare alle dosi sopraindicate la coagulazione di 20 cmc. di latte in 24 ore a 37°.

L'esame di queste preparazioni farmaceutiche dovrebbe essere completato per riconoscere la presenza del B. bulgaro oppure se sieno presenti altri microbi sotto forma di bacilli del tutto differenti, e che qualche volta possono essere anche nocivi.

Poichè questo controllo non è sempre facile e possibile nella pratica medica, giova ricordare quanto scrisse qualche anno fa il Metschnikoff nella memoria già segnalata: « Io credo che sa« rebbe utile che la preparazione dei fermenti « lattici dell'industria farmaceutica fosse sotto« posta ad un controllo analogo a quello che si « esercita per i sieri terapeutici. Io suppongo « che, in queste condizioni, il trattamento con i « bacilli lattici darà i migliori risultati ».

E. C.

Pubblicheremo prossimamente:

Cherubini, Sull'applicazione ambulatoria del metodo Forlanini nella cura della tubercolosi polmonare;

Cerioli, Sulle iniezioni endovenose di iodoformio nella cura della tubercolosi polmonare e della polmonite;

Nicola, Tubercoloma ulcerato della lingua.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(149) *Composizione dei cementi, come materiali plastici per otturazioni dentarie.* — Pregherei la loro cortesia a sapermi dire colla maggiore sollecitudine quale è la composizione particolareggiata dei cementi, usati per le otturazioni delle cavità dentarie cariose, essendo desideroso ripeterla per mio uso.

Oppure a volermi indicare un piccolo trattato che parli appunto di queste stesse composizioni.

L'abbonato 8385.

Il cemento per l'otturazione di cavità cariose di denti, piuttosto che comporlo da sè, conviene comprarlo dai fornitori di oggetti dentari: se ne trova la pubblicità in tutti i giornali di odontoiatria nazionali ed esteri.

La preparazione del cemento (polvere e liquido) richiede operazioni troppo lunghe, precise e minuziose perchè possano venire eseguite per piccole quantità e d'altronde, se si conoscono presso a poco le sostanze che compongono i diversi e numerosi cementi dentari per alcune analisi fattene, non se ne conosce però esattamente il modo di preparazione, poichè le Case che ne fanno commercio, per ragione di concorrenza, hanno tutto l'interesse a tenerlo celato. Nessun odontoiatra, che io sappia, prepara da sè il cemento dentario.

Ogni scatola contenente una bottiglia di polvere ed una di liquido costa dalle 6 alle 15 lire e serve per un numero grandissimo di otturazioni; forse più di un centinaio.

Il cemento dentario non dovrebbe venire usato come otturazione permanente, perchè pur essendo tenace e durissimo, generalmente non resiste molto lungamente all'attrito della masticazione.

Se i miei consigli non sono accetti, ecco qui alcune formule di cementi, date dal Prinz e dal Caccia:

CEMENTI DENTARI DI OSSIFOSFATI DI ZINCO.

1. *Polvere.*

Pr.	Silice	gm.	4.50
	Ossido di magnesio	»	2.55
	Ossido di calcio	»	1
	Ossido di zinco	»	73.60
	Anidride fosforica	»	18.14

Liquido.

Peso specifico 1.757: contiene per ogni cmc. gm. 0.434 di fosfato di zinco neutro; gm. 0.424 di anidride fosforica; tracce di silicio e di calcio; il resto acqua.

2. *Polvere.*

Pr.	Ossido di zinco	gm.	80
	Silicato di allumina	»	20

Liquido.

Acido fosforico glaciale sciolto in una capsula di porcellana a bagnomaria con acqua distillata fino alla consistenza della glicerina.

3. *Polvere,*

Pr.	Ossido di zinco	gm.	200
	Silice porfirizzata	»	8
	Vetro bianco porfirizzato	»	5

Liquido.

Acido fosforico ed acqua distillata sciolta come sopra.

4. *Polvere.*

Pr.	Ossido di zinco	gm.	30
	Borace	»	3

Liquido

Pr.	Fosfato di calce	gm.	2
	Fosfato di allumina	»	1
	Acido fosforoso	»	50
	Acqua distillata	»	100

5. *Polvere*

Pr.	Ossido di zinco puro	gm.	85
	Ossido di calcio	»	3
	Ossido di magnesio	»	2
	Silice in polvere	»	4
	Quarzo in polvere	»	6

Liquido.

Pr.	Acido fosforoso	gm.	50
	Acqua distillata	»	47
	Fosfato di soda	»	3
	Acido cloridrico	gocce	5

Preparazione della polvere. — Dopo aver pesato i vari componenti si pongono in un crogiuolo di argilla esponendoli ad un forte fuoco di carbone Cok per circa tre ore. Tolta la massa dal fuoco e raffreddata, si passa alla macinazione e porfirizzazione per mezzo di due lastre di pietra molto dura; tale operazione riesce lenta e faticosa, ma si può anche triturare la polvere con acqua o alcool senza danneggiare il cemento, facendo poi essiccare al fuoco o al sole.

Preparazione del liquido. — Si mette innanzi tutto l'acqua distillata in una capsula di porcellana posta a bagnomaria nella sabbia e a fuoco lento; quando l'acqua è giunta all'ebullizione vi si aggiunge l'acido fosforico e gli altri componenti, agitando di tanto in tanto con una cannula di vetro fino a completo scioglimento dell'acido fosforico: si aggiungerà di tanto in tanto qualche goccia d'acqua per sostituire quella evaporata durante l'ebullizione. Se nel liquido v'entra l'anidride fosforica, questa deve venire sciolta prima separatamente, aggiungendo poi gli altri componenti.

CEMENTI DENTARI DI OSSICLORURO DI ZINCO.

1. *Polvere.*

Pr. Ossido di zinco . . . . . . parti 3
Vetro porfirizzato . . . . . » 1

L'ossido di zinco deve venire calcinato col vetro in un crogiuolo per qualche ora e poi deve essere finemente polverizzato: ciò per tutti i cementi di ossicloruro di zinco.

Liquido.

Pr. Cloruro di zinco. . . .
Acqua distillata. . . . parti uguali

2. *Polvere.*

Pr. Ossido di zinco . . . . . . gm. 30
Vetro porfirizzato. . . . . » 10

Liquido.

Pr. Borato di sodio . . . . . . gm. 1
Cloruro di zinco . . . . . » 40
Acqua distillata . . . . . » 15

3. *Polvere.*

Pr. Solfato di zinco essiccato. parte 1
Ossido di zinco. . . . . . parti 3

Mischiare e calcinare in un crogiuolo d'argilla a calore rosso per circa 10 minuti; togliere dal fuoco, polverizzare e stacciare attraverso un tessuto finissimo: conservare in bottiglia ben chiusa.

Liquido.

Pr. Cloruro di zinco . . . . . parti 50
Acqua distillata . . . . . » 25

Lasciar riposare per 24 ore, quindi filtrare.

4. *Polvere.*

Pr. Vetro bianco polverizzato. parti 3
Ossido di zinco calcinato . » 9

Liquido.

Pr. Borace . . . . parte ½
Cloruro di zinco . . . . . parti 20
Acqua calda . . . . » 6

Preparare la polvere ed il liquido come nella ricetta precedente. A. C.

(150) *Matrimonio terapeutico.* — Dalla sua nota cortesia mi attendo nella rubrica « Piccola Posta degli abbonati » una risposta a quanto segue:

Un mio cliente affetto da perdite seminali notturne con grave deperimento fisico ed astenia e conseguente notevole sconforto per la sua attitudine al matrimonio ha consultato vari *specialisti*, seguendone le cure prescritte e riportandone un certo miglioramento, per quanto lieve e fugace. Attualmente posso io autorizzarlo al matrimonio, dato che è di buona e sana costituzione, e le perdite sono di molto ridotte? Quale cura dovrà seguire (astrazione fatta della cura elettrica)?

Grazie ed in attesa mi abbia Abbonato 3617.

Riteniamo che convenga di attuare prima una cura generale roburente.

Il mezzo più idoneo all'uopo è l'esercizio fisico, specialmente nelle varie forme di sport (giochi sportivi, caccia, scherma, canottaggio, alpinismo, nuoto, ecc.; scegliere le forme più accette, più accessibili o che si dimostrano più utili). Giovano anche l'idroterapia fredda, l'alimentazione sobria e sana, ecc. Naturalmente, s'impone molta moderazione nella vita sessuale.

Non approviamo il matrimonio *terapeutico*. Conduce a risultati disastrosi allorchè il coniuge non ha carattere mite, remissivo, tollerante; allorchè una simpatia troppo viva fomenta gli abusi sessuali; allorchè intervengono preoccupazioni di natura economica; ecc.

E poi si hanno dei doveri impellenti verso la prole, che non potrebbe nascere sana da un genitore deperito.

L. V.

(151). *Trattamento della gastralgia isterica. Tabagismo e arteriosclerosi.* — Si prega di rispondere alle seguenti domande:

1° Cosa vi sarebbe da fare in una ostinata gastralgia isterica dove tutti i rimedi son riusciti vani?

L'ingestione di qualsiasi alimento liquido o solido provoca nella paziente delle crisi dolorose che adesso sono sopportabili, ma un due mesi fa durante una ricorrenza mestruale, si esacerbarono in modo straordinario tanto da non calmare nemmeno colle iniezioni di morfina.

Solo l'elettricità non è stata tentata.

2° Quali sono i danni veramente constatati che il fumo del tabacco arreca all'organismo?

L'abbandonarne l'uso od il moderarlo di molto può riuscire realmente nocivo?

Abbonato G. I. da P.

1° La diagnosi di gastralgia isterica oggi si deve fare con grande riserva. Ha praticato tutti gli esami per escludere un'affezione organica che la determina o almeno ne favorisce lo sviluppo? Ad ogni modo se si tratta di un puro disturbo funzionale è da evitarsi qualunque cura dietetica che non farebbe che attirare di più l'attenzione della paziente sull'organo ritenuto colpito. Pare che il massaggio o anche l'elettrorapia portino vantaggi. Una cura generale contro l'isteria (isolamento, bagni caldi, psicoterapia) costituisce il metodo più razionale.

2° Senza poter ammettere con sicurezza l'azione patogenetica del fumo del tabacco sullo sviluppo dell'arteriosclerosi, perchè i risultati delle esperienze portate in favore di questa ipotesi non sono dimostrativi, si può sostenere decisamente l'azione nociva del fumo sulle funzioni gastriche

ed intestinali tanto che è regola igienica generale di sospendere il fumo in ogni dispepsia. L'interruzione anche brusca non è seguita mai da fenomeni morbosi speciali. P. A.

(152) Il dott. Allemandi Costanzo di Acceglio per Unerzio (Cuneo), scrive:

« Prego indicarmi qualche libro pratico di medicina od anche di botanica o flora medica (con gli usi o modi di utilizzare e servirsi della flora medica) ».

Rispondono allo scopo gli *Elementi di farmacogmosia* di Italo Simon, Milano 1911. (Società editrice libraria). R. B.

VARIA

Storiella allegra. — Nella collezione Witkowski è ricordato questo aneddoto, un po' vecchio, dei tempi in cui la Corte del Parlamento era a Tours, e molti giovinotti facevano una corte spietata alle giovani allieve levatrici. Ma qualche volta erano spiritosaggini di nuovo genere. Un giorno mettono in letto un giovinotto... ben armato, in condizioni di scendere in lizza con la lancia in resta! come se fosse una donna in stato di parto e fanno venire una di queste levatrici. Appena arrivata essa mette le mani sotto le coperte e trovando la... durlindana, dice ad alta voce: « Ci siamo, ho in mano un braccio. Coraggio, il parto avverrà subito ». E siccome voleva rimetterlo dentro, scoprì il partoriente e vide di che razza di braccio si trattava!

(*La Clin. Ost.*).

Una causa degna di Salomone. — Nel 1777 capitò a Padova un caso di coscienza che solo Salomone poteva risolvere.

Una levatrice incinta ed a termine, mentre assisteva una donna in travaglio di parto, fu sorpresa dai dolori di parto essa stessa. Sgravano insieme e i bambini sono raccolti dalla domestica alla bella e meglio, e questa pone nel medesimo lettuccio i due marmocchi senza fare attenzione di chi fosse l'uno e l'altro. Intanto uno dei due bambini soccombe qualche minuto dopo. Di chi è il vivo? Le madri lo reclamano ognuno per sè. Quale giudice avrebbe potuto decidere una tale causa?

(*Ivi*).

Demi-vierges. — Un medico della Facoltà di Montpellier che esercitava a Parigi ai tempi di Luigi XIV, contrariamente ai diritti *Saluberrimae Facultatis Medicinae Parisiensis*, diceva ad una giovinetta che aveva una forte febbre: io ho una polvere che è un rimedio specifico per le vergini. Se per caso voi lo siete ancora, essa vi guarirà sul momento.

— Che mi dite mai? rispose la bella ragazza.

— Volete voi che io v'inganni? Io vi dico francamente che la mia polvere è uno specifico per le vergini, ma è dannosa per chi non lo è più. Ne volete? È cosa che vi riguarda.

— Datemi, vi prego, un buon rimedio, disse la giovinetta dopo un po' di riflessione, e, se vi aggiungete della vostra polvere, non ne mettete... troppa.

Ecco una ragazza molto prudente!

(*Ivi*).

Lo spirito dei bambini. — Si dice ordinariamente che la sapienza dei popoli stia nei proverbi che sono frutto della più antica ed autentica esperienza dei vecchi.

Ma lo spirito dei bambini, in fede mia, non scherza.

Sentite questa e poi negate, se potete, una medaglia d'oro a Toni!

— Mammà, domanda Toni, è vero che il dottore ha portato il bambino?

— Sì, mio caro.

— E dove l'ha preso?

— È il buon Dio che glielo ha dato.

— Ah! comprendo ora! Il buon Dio dà i bambini ai medici quando sono piccoli, ed i medici glie li rimandano quando sono divenuti uomini.

Ettore, grosso bambino, ha una nuova sorellina. Gli si dice sempre la stessa canzone — che è stata trovata sotto un cavolo nel giardino di suo padre.

Un vicino di squisito tatto, gli fa notare che la bambina neonata non rassomiglia affatto al padre.

— Oh! grida Ettore, può darsi anche che non sia stato papà che abbia piantato il cavolo!

(*Ivi*).

La forza dell'abitudine. — Un laringoiatra viene chiamato d'urgenza per un emorroidario dolente. Lo specialista si schermisce da prima, dicendo che non è affar suo, ma poi finisce per cedere alle insistenze del cliente e accorre. Disposto il paziente in posizione genu-pettorale e avvicinata alla parte una lampadina elettrica, il laringoiatra lo invita a dire: aaaah!

Il cliente non ha compreso lo invito, e lo specialista non ha insistito!

(*Riv. San. Siciliana*).

Spirito anglo-sassone. — Il sig. John Smith sarà operato domani dal chirurgo H.... Lascia la moglie e tre bambini.

(*Hiawatha World*).

Mentre il chirurgo affretta il passo, viene fermato da una donna che gli dice:

« Farete un buon guadagno, poichè si tratta di uomo danaroso. Non dimenticate ch'è stato il mio Willie a cacciargli una palla nel ventre. Ora mio figlio è in carcere; ma, se credete, potete passare a me una piccola provvigione.... ».

(*London Answers*).

— Ho visto il medico suonare alla vostra porta. C'è nulla di grave?

— Si. È venuto a chiedere il pagamento del conto.

(*Philadelphia Record*).

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

C. D. MARTELLI. **Le malattie del sangue e degli organi emopojetici** (Unione tipografico-editrice torinese, 1913, un vol. di 600 pagine con 191 figure ed una tavola, lire 20).

Non può negarsi che in quest'ultimo ventennio vada affermandosi nella letteratura medica italiana una sana corrente produttiva di trattati e libri istituzionali, il cui nobile scopo è di sottrarre la vita dei nostri studi al parassitismo verso i testi francesi e tedeschi, che sovente riesce odioso come una schiavitù. Chi saluta con soddisfazione ed orgoglio tal salutare risveglio non può non accompagnare con ogni simpatia gli sforzi che molti autori nostrani vanno ormai moltiplicando perchè non manchino alla letteratura nazionale buoni lavori d'insieme ed utili trattati; e guarderà con ogni favore il trattato originale di ematologia col quale oggi il dottor Martelli, docente di anatomia patologica nell'Università di Napoli, colma una lamentata lacuna.

In non più di 600 pagine l'A. ha saputo elaborare e disciplinare una così estesa, svariata e intricata materia, quale è oggi l'ematologia normale e patologica; e non è ultimo pregio del libro quello di averla esposta con singolare chiarezza e lucidità; onde la lettura riesce agevole e preziosa al medico pratico, il quale troverà innanzi a sè spianata la via, anche nelle più dibattute ed oscure questioni ematologiche che oggi tengono il campo.

L'opera è divisa in tre parti: la prima delle quali, proemio breve e indispensabile alle altre, concerne l'istologia e fisiopatologia degli organi emolinfopoietici e del sangue. Le cellule emolinfoidi, il tessuto mieloide, il tessuto e gli organi linfoidi vi trovano adeguata e successiva trattazione: alla quale seguono lo studio della emopojesi ed un chiaro e completo profilo del tessuto sanguigno, nei suoi diversi componenti, e delle varie sindromi ematologiche.

La seconda parte, preminente nella economia del lavoro, riguarda più da vicino le malattie del sangue e degli organi emolinfopojetici, le quali vengono dall'A. ripartite in tre sezioni principali: iperplasie degli organi emolinfopojetici, emosarcosi sistematiche, neoplasie.

Nella prima sezione, o delle emopatie iperplastiche, sono successivamente esposte e trattate le forme iperlastiche semplici (oligoemie, policitemie, diatesi emorragiche), le forme iperplastiche linfoidi (m. di Paltauf, splenomegalia con linfocitosi), le forme iperplastiche granulomatose (m. di Hodgkin-Sternberg, scrofolosi, linfopatie, splenopatie e mielopatie granulomatose infettive) e le forme iperplastiche fibroadeniche (sindrome di Cardarelli-Jaksch, di Banti, di Griesinger-Banti); ed in appendice le leishmaniosi (m. di Pianese, Kala-azar) e le splenomegalie emolitiche (ittero cronico emolitico, splenomegalia emolitica).

La seconda sezione, o delle emosarcosi sistematiche, premesso uno studio etiopatogenetico generale con relativa classificazione, tratta in tre distinti capitoli delle linfosi (semplici e neoplastiformi o linfosarcosi, leucemiche, aleucemiche) delle mielosi (mieloadenosi, mielosarcosi, leucemiche, aleucemiche) e delle endoteliosi (semplici o neoplastiformi, m. di Gaucher); ed in altrettanti capitoli di appendice sono studiati il cloroma, la leucanemia, il mieloma (Bence-Jones o Kahler-Bozzolo), con grande dovizia di casistica e disegni assai dimostrativi di preparazioni originali.

La sezione terza ed ultima è una trattazione sistematica delle neoplasie dei tessuti ed organi linfatici e del midollo osseo; epperò le neoplasie linfoidi (linfosarcomi, sarcomi, splenoma), le endoteliali (endotelioma, peritelioma), quelle dell'apparato vaso-connettivale, ecc., sono minutamente e successivamente studiate in altrettanti capitoli monografici, ai quali l'A. aggiunge come complemento un articolo sui parassiti del sangue e degli organi emolinfoidi.

Le trentuna osservazioni originali che chiudono il libro, e ne costituiscono la terza parte, rappresentano un ricco materiale di osservazione che l'A. ha potuto studiare con tutte le risorse della sua tecnica nell'Istituto anatomo-patologico di Napoli: in questi casi, taluno dei quali rarissimo, il lettore potrà trovare una utilissima traccia per eseguire personali ricerche od esser condotto nelle incertezze della casistica emopatologica.

Rare volte capiterà allo studioso di porre le mani su di un'opera nella quale sia più che in questa sincero lo sforzo di coordinare l'intima tessitura rigorosamente scientifica della materia con l'obbiettivo pratico finale che mai dovrebbe esser dimenticato nelle mediche discipline. E ci pare di poter aggiungere che questo sforzo fu

superato dall'A. con pieno successo: onde in questo lavoro, pur così ricco di materiale scientifico e dottrinale e di osservazioni originali, il medico pratico troverà altresì una guida preziosa e sicura per una esatta diagnosi, nel vasto dedalo delle malattie del sangue e degli organi emopojetici. A. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

G. BORDONI-UFFREDUZZI. **I Microparassiti nelle malattie da infezione.** 3ª ediz. 1 vol. in-8 di pagine 839, con 200 illustrazioni in nero e colorate ed una tavola. Milano, Casa Editrice dottore Francesco Vallardi, 1913. L. 22.

L'annunzio di una nuova edizione contiene in sè l'elogio di questo libro.

E si avverta che le molteplici occupazioni del l'autore hanno impedito che questa edizione vedesse prima la luce, mentre la edizione precedente era già da anni esaurita.

Il prof. Bordoni-Uffreduzzi ci presenta un quadro completo della microbiologia applicata alla clinica: una collezione giudiziosa di fatti, raccolti da persona che sa il fatto suo. È piena di materiale buono e istruttivo, di dettagli pratici, d'informazioni preziose.

L'esposizione corre piana, agevole, precisa. È suddivisa in tre parti: generalità e tecnica batteriologiche; batteriologia speciale; protistologia; segue un'appendice sulle nuove conquiste nel campo dell'immunità.

Il lavoro può essere caldamente raccomandato. A. S.

D. CARAZZI. **Parassitologia animale.** 1 vol. in-8 di pag. VIII-428 con 222 fig. e 5 tav. a colori. Milano, Società Editrice Libraria, 1913. L. 14.

Il prof. Carazzi, ben noto pel suo apprezzatissimo manuale di tecnica microscopica, offre ora al pubblico medico italiano un buon trattato di parassitologia animale.

Ad un capitolo introduttivo, il quale contiene molte nozioni di biologia generale, seguono tre grandi sezioni concernenti i protozoi, i vermi e gli artropodi. Ad ogni sezione è annesso un esteso capitolo di tecnica, in cui l'A. insegna a trovare, raccogliere, conservare e studiare i parassiti.

L'A. si attiene alle indagini più recenti e meglio accertate. Sussidia l'esposizione con molte e nitide illustrazioni, in gran parte originali.

Oltre ai parassiti dell'uomo considera sempre quelli degli animali domestici, sia per rendere il lavoro utile anche agli zooiatri, perchè l'uomo è occasionalmente esposto ad ospitarli.

Mentre la parte zoologica del lavoro ci sembra irreprensibile, le considerazioni mediche ed epidemiologiche possono essere discusse, o non sono largamente sussidiate; così l'A. poteva risparmiarsi le critiche alla teoria anofelica della malaria, le note sull'appendicite *ex oxyure*, ecc.: il lavoro — a nostro modo di vedere — non ne avrebbe perduto. R. B.

A SARTORY, M. LANGLAIS. **Poissières et microbes de l'air.** 1 vol. in-12 di pag. 237. Paris, A. Poinat éditeur, 1912.

È uno studio riassuntivo completo corredato di numerose ricerche personali.

Dopo una breve introduzione storica gli AA. espongono i vari procedimenti per l'analisi batteriologica dell'aria: poi prendono in esame l'aria delle città, delle campagne, delle fabbriche ed officine, dei luoghi sotterranei; si occupano delle polveri organizzate raccolte nelle cavità nasali e sotto le unghie; passano in rassegna i metodi proposti per purificare l'aria; descrivono infine i caratteri dei principali germi che nuotano nell'aria, col sussidio di numerose tavole. In sobrie conclusioni condensano i risultati pratici del lavoro, il quale sotto un modesto formato raccoglie moltissime nozioni interessanti ed utili. I. T.

G. KÜHNEMANN. **Diagnostica speciale batteriologica e serologica.** Traduz. con note ed aggiunte del dott. M. Levi della Vida. Società edit. libraria, 1913. Lire 4.

Dacchè l'indagine bacteriologica e serologica ha fornito la chiave per svelare la natura di molte malattie, la tecnica per le ricerche è divenuta una necessità della pratica del medico al letto del malato. I risultati delle ricerche bacteriologiche e serologiche hanno valore ad un solo patto però, che esse siano cioè eseguite da mani ammaestrate con precisione, con sicurezza, diversamente il laboratorio devia e porta confusione più che chiarezza. Non mancano trattati di bacteriologia e di sierodianoostica recenti e quasi completi, ma essi hanno spesso il grave difetto di non sapere scegliere tra la conoscenze quelle sicure, di eliminare le discussioni inutili per il pratico, di essere una guida per chi non ha il bisogno di teorie, ma di avere una via piana là dove essa è possibile.

Nel volumetto, che in bella veste tipografica ci presenta la Società libraria milanese, autore e traduttore, in maniera concisa e precisa, si prefiggono lo scopo di riferire i metodi di ricerca bacteriologici e serologici più sicuri, più pratici, più facili ad eseguirsi. Per ogni malattia od agente morboso è svolta una breve trattazione in cui il lettore troverà, come più chiaramente non si potrebbe, i metodi di ricerca.

Il traduttore ha aggiunto note e qualche capitolo nuovo e necessario (Leismaniosi, ifomiceti, vaccino, tracoma).

La guida è così divenuta completa e rappresenta uno di quegli ausilî preziosi, che dovrebbero far parte della *Collezione aurea*, di ogni studioso. *t. p.*

POSNER C. **Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente nach neueren Anschauungen.** Carl Marhold. Halle, 1912. M. 1.40.

Fa parte della collezione che si pubblica sotto la direzione del prof. Allbu.

Troppo spesso nei libri di semejotica si è preoccupati del riconoscimento degli elementi morbosi del sedimento urinario, e se ne trascura o si sorvola sulla critica del significato, nei libri di patologia si perde di vista nelle congerie della sintomatologia il significato del sedimento urinario. Torna utile quindi l'opera del Posner che con acume, talora esagerato, valuta il reperto microscopico: i prodotti del ricambio generale, i prodotti dei disturbi locali (epiteli, leucociti, corpusc. rossi, cilindri, filamenti, ecc.), e sfata il voluto valore patognomonico di reperti comuni a troppe entità morbose. *t. p.*

Medical and Surgical Reports of the Boston City Hospital. XVII series. Edited by G. H. MONKS, G. S. SEARS, F. B. MALLORY. Boston, published by the Trustees, 1913. 1 vol. in-8 picc., di pagine 265, rilegato.

Questo volume contiene ventidue memorie scientifiche del personale sanitario addetto all'Ospedale civile di Boston.

Il chirurgo Cheever premette alcune interessanti considerazioni sulla simpatia di cui debbono essere circondati i pazienti; Mallory, Hornot e Henderson trattano l'etiologia e l'isto-patologia della pertosse; Withington le complicazioni cerebrali della polmonite; Lund la posizione del chirurgo di fronte al problema della ptosi viscerale; Williams ed Ellsworth il trattamento dei cancroidi con bromuro di radium puro; Boardmann e Gorham la reazione luetinica; Cheever l'occlusione ileale nell'appendicite; Green la trasfusione nel trattamento della gravidanza tubarica rotta; e così via. I. T.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BENASSI G. Considerazioni sull'allattamento del bambino. — Milano, 1913.

VARANINI M. Per il coordinamento dell'assistenza ospedaliera. — Bergamo, 1913.

NATALE S. La terapia specifica della febbre mediterranea col siero antimelitense Trambusti-Donzello. — Firenze 1912.

Associazione Nazionale dei Medici Condotti. Sezione di Trapani. Memoriale sullo stato igienico sanitario dei comuni e sulle condizioni economiche dei medici condotti della provincia di Trapani diretto alle autorità comunali e provinciali — Marsala, 1913.

D'ORMEA G. Le controle du vaccin antivariolique. — Paris, 1912.

BUCCHERI R. La cura delle paralisi spastiche per mezzo della resezione di radici spinali posteriori (Operazione di Förster). — Palermo, 1913.

CEVIDALLI A. Tendenze e conquiste della odierna medicina legale italiana. — Napoli, 1912.

SCALA A. Determinazione degli acidi nucleinici nella carne dei mammiferi. — Torino, 1912.

MALACRIDA G. Cenni di storia dell'arte di curare e della farmacia. — Milano, 1912.

BATTAGLIA M. Contributo allo studio delle sporotricosi. — Roma, 1912.

PELICELLI E. Le funzioni e la posizione del direttore sanitario negli Ospedali minori. — Guastalla, 1912.

MACCONE L. L'ispezione rino-faringea negli alunni delle scuole primarie. — Milano, 1913.

MORI A. Contributo alla casistica delle rotture da sforzo dei vasi venosi in operai in occasione di lavoro. — Milano, 1912.

ONANO G. Sull'entità anatomica del nervo peroneo. — Milano, 1913.

PERITO V. Comitato agricolo antimalarico di Eboli. Relazione per l'anno 1911. — Portici, 1912.

FIORANI P. L. In tema di pellagra. — Milano, 1912.

LERDA G. Beitrage zur totalen Meloplastik. — Leipzig, 1913.

GUERRA-COPPIOLI L. La distribuzione geografica dell'anchilostomiasi nell'Umbria. — Firenze, 1913.

BAECCHI B. Nuova reazione chimica del sangue. — Genova, 1913.

BRUCHI I. Un caso di decompressione cerebrale. — Roma, 1913.

Salviamo il fanciullo! Colonie estive, marine, appennine, urbane per gli alunni poveri delle scuole comunali di Roma. Relazione morale, finanziaria, medica dell'anno 1912. Preventivo del 1913. — Roma, 1913.

DE SANDRO D. Sugli amilo-batteri. — Portici, 1912.

ROSSI GIACOMO. La questione meridionale e la malaria. — Portici, 1912.

ROSSI GIACOMO e CIACCIA MATTEO. Studi critici e sperimentali sui fermenti anaerobici. — Roma, 1912.

BALLIANO ARTURO. Ueber einen Fall von primärer Tuberkulose der Samenkanälchen des Hodens und des Nebenhodens. — Würzburg, 1912.

MAGLIONI L. C. — L'oeil de Marconi. — London, 1913.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici condotti di Roma.

Il *Giornale d'Italia* ha pubblicato in due numeri consecutivi le seguenti lettere:

Signor Direttore,

Rompendo un troppo lungo e troppo paziente silenzio siamo costretti a denunciare il trattamento illegale e vessatorio, che il Comune di Roma esercita verso noialtri medici condotti adibiti all'oneroso servizio del soccorso sanitario notturno.

Conforme all'organico stabilito dal regolamento Rossi-Doria, furono tre anni fa nominati trenta condotti di secondo grado, incaricati di prestar servizio nelle sei farmacie notturne di Roma con un turno ricorrente ogni cinque notti.

Da un anno e mezzo sono vacanti quattro di questi posti e l'Ufficio VIII non ha voluto coprirli, imponendo a noi superstiti un turno di guardia ricorrente ogni quattro notti senza aumentare di un centesimo il non lauto nostro stipendio di L. 2000, e lasciando riversare nelle casse comunali le ottomila lire non spese.

Assolutamente intollerabili divengono le nostre condizioni nei mesi estivi, durante i quali siamo obbligati, a causa dei permessi annuali, a supplire, i colleghi di pari grado ed il collega di primo grado in permesso ordinario. Ciò importa che per tre mesi il turno di guardia si riduce a ogni tre notti, e durante uno di questi mesi al servizio notturno si aggiunge il servizio diurno di assistenza a domicilio.

Ora l regolamento Rossi-Doria stabilisce che i medici, i quali prestano servizio diurno d'assistenza a domicilio, devono essere dispensati dal servizio notturno, eccetto in casi di assoluta deficienza di personale, condizione in cui l'Ufficio VIII trovasi in permanenza, non avendo voluto completare l'organico.

Così che il permesso annuale largitoci, ci viene fatto pagare ad usura da un lavoro opprimente, che ci si riversa sempre nei mesi torridi, e tutto ciò malgrado l'art. 29 del regolamento sanitario che vieta di *imporre oneri ed aggravi ai sanitari durante il congedo ed in dipendenza di esso.*

Ma l'osservanza dell'articolo del regolamento governativo non è che una utopia nella capitale del regno.

Abbiamo ricorso a tutte le autorità capitoline, abbiamo implorato che si fosse equi ed umani; ma nessuno, pur riconoscendo giuste le nostre lagnanze, ha avuto la forza o la capacità di difenderci contro la potenza misteriosa che si perseguita.

Ora è vero che a Roma esistono dei giudici, ma noi teniamo a fare conoscere al pubblico ed alla classe medica in ispecie, che del prossimo, inevitabile, preveduto disservizio non siamo noi responsabili, quando ad una nostra commissione chi avrebbe dovuto provvedere ha avuto il coraggio di rispondere: fate prendere dei provvedimenti disciplinari a vostro carico.

Alcuni medici di secondo grado.

Signor Direttore,

la giustissima lettera pubblicata nel *Giornale d'Italia* del 31 agosto trova il consenso unanime e dei medici di secondo grado e dei medici dell'Agro, categoria questa poco tenuta in conto specie dalle vigenti autorità mediche municipali.

I quattro posti vacanti *da anni* di medico condotto di secondo grado e a dispetto non riempiti, spetterebbero *per regolamento* ai medici dell'Agro che volessero passare in città e per alcuni di essi questi posti di medico condotto di secondo grado rappresenterebbero la loro modesta aspirazione dopo gli immensi sacrifici fatti per eseguire con coscienza il faticoso servizio di medico condotto dell'Agro, servzio che richiede la rinuncia assoluta a tutto ciò che è vita civile.

Ma la potenza misteriosa che ci perseguita calpesta diritti e non vuole rispettare i regolamenti solamente perchè *non c'è nessun amico* che debba essere sistemato.

Si abbia ill.mo sig. Direttore, la gratitudine dei medici condotti del Comune di Roma per l'ospitalità che vorrà concedere a questi nostri giusti lamenti.

Alcuni medici condotti dell'Agro.

Queste due manifestazioni epistolari di medici condotti del comune di Roma corrispondono ad uno stato d'animo che merita di essere commentato, e io mi riservo di farlo nel prossimo fascicolo. *C.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4004) *Stipendii - Prescrizione.* — Il dott. V. N. da L. chiede conoscere se essendo stato nominato nel 1886 medico chirurgo condotto con diritto a percepire centesimi 40 per ogni vaccinazione, possa anche ora pretendere tale compenso, e se, avendo percepito per molti anni lire 121 in meno sul suo stipendio possa ora pretendere il rimborso di tale somma senza tema di incorrere nella prescrizione.

La giurisprudenza ha ritenuto che coloro i quali furono nominati prima della legge sanitaria del 1888 medici condotti con diritto a speciale compenso per le vaccinazioni conservino anche ora tale diritto, non ostante che la nuova legge abbia messo l'onere delle vaccinazioni gratuitamente a loro carico. Ben può Ella, quindi, ripetere dal Comune il relativo compenso. Circa la diminuzione dello stipendio avrebbe dovuto in tempo debito fare le proprie rimostranze, anche in via legale, al Comune. Ora potrebbe pretendere le somme riferibili all ultimo quinquennio, essendo le rimanenti cadute sotto la falce della prescrizione ai sensi dello articolo 2144 capoverso ultimo del Codice Civile.

(4006) *Sessennii.* — Il dott. C. D. P. da G. M. desidera conoscere se avendo conseguito un aumento di stipendio sia rimasto interrotto il periodo sessennale giusta il parere del Consiglio di Stato dello aprile 1913, se, qualora il Comune lo accordasse, la G. P. A. potrebbe annullare il relativo deliberato e se valga ad interrompere il decorso del sessennio la conseguita indennità cavallo.

Il parere citato realmente esiste. Cosicchè l'aumento di stipendio da Lei conseguito interrompe il decorso del sessennio. Potrà liquidare il nuovo aumento nel 1915. Qualora il Comune, ciò non ostante, lo deliberasse, il relativo provvedimento dovrebbe essere annullato dalla G. P. A., perchè si tratterebbe nel caso, di pura liberalità. La avvenuta concessione della indennità cavallo non interrompe il decorso del periodo necessario per lo acquisto del sessennio.

(4007) *Congedi.* — Il dott. abbonato 7860 chiede conoscere se avendo in un anno usufruito di due congedi straordinarii senza stipendio, possa ottenere nel medesimo anno un mese di congedo ordinario con lo stipendio.

Il congedo straordinario senza stipendio non può confondersi con quello ordinario. Salvo speciali contingenze sanitarie d'indole locale, il Comune dovrebbe favorevolmente pronunziarsi sulla domanda che Ella intende all'uopo avanzare.

(409) *Pensioni - Internato.* — Al dott. abbonato 9203 rispondiamo che gli anni di interinato sono considerati utili agli effetti della pensione, ma valgono solo ad affrettare l'acquisto del relativo diritto.

(4010) *Ufficiale sanitario.* — Il dott. G. G. S. da R. desidera conoscere: 1. Se la disposizione dello articolo 75 del regolamento sanitario del 1906 circa l'età di coloro che intendono prendere parte a concorsi per la nomina ad ufficiale sanitario ammetta eccezioni; 2. Se la eccezione di cui all'articolo 113 del detto regolamento si applichi ai soli ufficiali sanitarii muniti di nomina prefettizia od anche a quelli che furono nominati da Consigli Comunali; 3. Se e fino a quando sia stata nuovamente rimandata la definitiva regolarizzazione delle circoscrizioni sanitarie.

Oltre quella prevista dallo articolo 113 del regolamento del 1906 non esistono altre eccezioni circa l'età utile per la partecipazione a concorsi me l'art. succitato chiaramente dichiara, si ap-l'articolo succitato chiaramente dichiara, si applica solo in favore di coloro che risultino forniti di nomina prefettizia. Il termine per la definizione delle circoscrizioni sanitarie non è stato più prorogato.

(4011) *Mancata nomina a titolare - Danni.* — Il dott. C. I. da C. classificato primo in una graduatoria per nomina a medico condotto fu invitato dal Sindaco con telegramma a recarsi subito sul posto perchè sarebbe stato nominato dal Consiglio Comunale. Recatosi sul posto, dopo aver fatti diversi mesi di interinato, non ha più ottenuto la nomina, avendo il Consiglio preferito il terzo graduato. Chiede conoscere se possa agire per danni.

Ella è stato troppo buono a recarsi nel Comune ed a trasferirvisi con l'intera famglia a seguito del telegrafico invito ricevuto dal Sindaco, il quale, del resto, non l'assicurava della avvenuta nomina, ma diceva soltanto: *Sarà nominata,* senza specificare se come interino o titolare. Crediamo però che ben possa pretendere in luogo dello stipendio la corrisponsione della indennità stabilita per gli interini, giacchè Ella deve considerarsi tale non avendo mai ottenuta la nomina consiliare. Altri danni non crediamo si possano chiedere, sia perchè il Consiglio ha effettivamente la facoltà di nominare qualsiasi sanitario compreso nella graduatoria sia perchè il telegramma del Sindaco, nella forma in cui è redatto, non è impegnativo.

(4012) *Ufficiale sanitario.* — Il dott. A. R. da C. chiede conoscere: se possa essere ufficiale sanitario chi abbia un figlio veterinario comunale e se lo possa essere chi abbia per moglie una sorella della moglie del farmacista.

Può essere ufficiale sanitario chi abbia un figlio veterinario comunale, perchè l'esercizio della veterinaria non è sottoposto alla vigilanza ed al controllo del detto funzionario. Può essere del pari ufficiale sanitario chi abbia nel Comune il proprio figlio come medico condotto.

Non essendovi per diritto civile alcun legame di parentela o di affinità fra un individuo ed il marito della sorella della moglie, ben può essere ufficiale sanitario colui che ha per moglie una sorella della moglie del farmacista.

(4013) *Congedi.* — Al dott. A. M. da C. A. C. che ci interpella su tale argomento, rispondiamo che essendo nel capitolato fissato a giorni 20 il limite massimo del congedo annuale non può

pretendere periodo maggiore, se non nella ipotesi prevista dal capitolato medesimo per studii speciali di complemento o di pratica.

(4014 *Infortunio nell'esercizio professionale - Rivalsa di danni.* — Il dott. G. M. esidera conoscere se in caso di infortunio toccato al medico condotto nell'esercizio professionale possa questi pretendere dal Comune il risarcimento del danno invocando il disposto dell'articolo 1754 del Codice civile.

È improponibile nel caso esposto la domanda per danni ai sensi del citato articolo del Codice civile sia perchè fra l'impiegato e la pubblica Amministrazione, non vi è rapporto di mandato ma bensì quello di locazione d'opera, sia perchè l'articolo 1754 riflette le perdite patrimoniali sofferte dal mandatario e non quelle personali, a risarcire le quali provvedono o gli istituti di assicurazione o le disposizioni di favore contenute nella legge per le pensioni dei medici condotti.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

BOLOGNA. — Il dott. Santini Carlo è abilitato alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria.

CATANIA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Fisichella Vincenzo in clinica dermosifilopatica; Fagiuoli Antonio in patologia medica.

FIRENZE. — Sono nominati i dottori: Capezzuoli Cesare assistente nella clinica medica; Tommasi Lodovico e Mibelli Agostino assistenti nella clinica dermosifilopatica.

GENOVA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Giordano Davide in clinica chirurgica; Castiglioni Giovanni in patologia chirurgica.

MODENA. — Sono nominati i dottori: Sarti Carlo aiuto e Bertani Michele assistente in igiene; Vallisnieri Ercole assistente nella clinica dermosifilopatica; Bernabei Nella Giulia aiuto in patologia generale.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Cappellani Salvatore in clinica ostetrica e ginecologia; Carpentieri Tommaso in patologia medica; Palumbo Giulio in semeiotica medica; Quagliarello Gaetano in fisiologia sperimentale; Romano Benedetto in anatomia chirurgica e corso di operazioni.

PAVIA. — Il dott. Aperlo Giovanni è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

PISA. — Il dott. Gherardi Gastone è abilitato alla libera docenza in igiene e polizia medica.

ROMA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Piazza Angelo in clinica delle malattie nervose e mentali (rallegramenti); Castiglioni Giovanni in patologia chirurgica; Speciale Cirincione Filippo in clinica oculistica.

TORINO. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Borrino Angiola in clinica pediatrica; Vischi Arnaldo in patologia chirurgica.

Condotte e Concorsi.

ALLERONA (*Perugia*). — Condotta unica; L. 4000 lorde, alloggio o indennità, esonero cavalc. Scad. 30 settembre.

ANDEZENO (*Torino*). — M. condotto; L. 1200 oltre L. 100 quale U. S. e L. 450 dalla Congregazione di carità, per la cura dei poveri. Scad. 30 settembre.

BAROLO (*Cuneo*). — Condotto pei poveri; L. 1000 e L. 100 quale U. S., probabile assegno di L. 600 dall'Opera Pia Barolo se l'eletto sarà beneviso a quella Amministrazione. Abit. 1068. Scadenza 15 settembre.

BASCHI (*Perugia*). — Condotte di Civitella dei Pazzi e del IV Reparto; L. 3500 ciasc. nette, solo C. P., esonero cavalc., alloggio, cura generalità, ab. 1500 per la 1ª, 2000 per la 2ª. Scad. 16 settembre.

BREVE LOMELLINA (*Pavia*). — L. 2200 pei 500 poveri, alloggio, L. 200 ambulatorio. Scadenza 23 settembre.

CAMERANA (*Cuneo*). — Condotta per la generalità; L. 3000 lorde, alloggio ed usufrutto di prato; abit. 1569. Scad. 30 settembre.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — Medico per la generalità; L. 3500, L. 100 per a. f., L. 100 quale U. S., abitazione nel palazzo comunale. Scad. 20 settembre.

CARPIGNANO SALENTINO (*Lecce*). — Medico-chirurgo per Serrano. Stipendio lordo L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale. Chiusura 30 settembre.

CASTEL D'AIANO (*Bologna*). — 1ª condotta; L. 2400 e 3 sessenni di L. 300, L. 1000 per la cura piena e indennità L. 800 per obbl. cavalc. Scad. 15 settembre.

CASTELL'ALFERO (*Alessandria*). — Ab. 3074. L. 200 per 400 poveri (comprese L. 300 uff. san.), tre sessenni, alloggio, congedo ordinario. Scade 10 settembre, assunzione del servizio dopo 15 giorni dalla partecipazione della nomina.

*CASTELNUOVO VERONESE (*Verona*). — 1º reparto; L. 3300, residenza nel capoluogo. Scad. 10 settembre.

CESSALTO (*Treviso*). — Medico; L. 5000, condotta libera. Scad. 15 settembre.

CISANO SUL NEVA (*Genova*). — A tutto il 10 settembre concorso di medico condotto e ufficiale sanitario del Consorzio con Castelbianco; L. 1800.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*). — L. 3000 cura piena quattro sessenni. L. 200 uff. san., L. 120 arm. farm., ab. 2000. Scade 25 settembre.

COLLEBEATO (*Brescia*). — L. 3650, cura piena, ab. 1536 quasi tutti uniti. Scad. 20 settembre.

CRESPINO (*Rovigo*). — 2º rep.; al 20 settembre; tutta cura; L. 4800 e L. 200 quale U. S. Termine per l'accettaz.: 10 giorni.

DEMENTO (*Cuneo*). — Concorso al posto di medico della Congregazione per l'Ospedale e pei po-

veri residenti nel capoluogo e nella frazione Festiono; L. 1800, ab. 2800, poveri 470. L'Ospedale ha 30 letti. Scad. 30 settembre.

FERRARA. *Deputazione Provinciale.* — Medico ordinario di sezione addetto allo Stabilimento di Città nel Manicomio Provinciale; L. 2500 lorde, alloggio; otto trienni del ventesimo. Età 21-30 anni. Ufficio entro 15 giorni. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 settembre.

FORLÌ. *Congregazione di carità.* — A tutto il 15 settembpre p. v. è aperto un concorso al posto di aiuto nella sezione chirurgica dell'Ospedale civile « Aurelio Saffi » con l'assegno annuo di lire 2000; l'imposta di ricchezza mobile a carico dell'eletto. Questi durerà in ufficio due anni ma potrà essere confermato per un terzo anno.

*FRONTONE (*Pesaro Urbino*). — Unica condotta; L. 2700 pei poveri, L. 400 per gli abbienti, L. 250 quale U. S., L. 300 p. a. f., L. 600 per cavalc., alloggio; un sessennio del decimo. Scad. 30 settembre.

*GALLESE (*Roma*). — Medico-chirurgo; L. 3000 per i poveri e 2 sessenni di L. 300; L. 900 per gli abbienti e L. 100 quale U. S. Scad. 25 settembre.

GINESTRETO (*Pesaro Urbino*). — Condotta; L. 3900 lorde e 3 sessenni per i poveri e semiabbienti; L. 700 per cavalc., L. 100 quale U. S. Scad. 20 settembre.

GIOIA DEL COLLE (*Bari*). — Terza condotta; lorde L. 1500. Scad. 30 settembre.

*GOTTOLENGO (*Brescia*). — Condotta per tutti gli abitanti; L. 6100 e 2 sessenni. Scad. 20 settembre.

LATERA (*Roma*). — Condotta; L. 2600 poveri, L. 1000 abbienti, L. 200 per l'arm. farm., lorde; L. 100 U. S. Accettaz. entro 15 giorni. Scad. 30 giorni dal 20 agosto.

LUCCA SICULA (*Girgenti*). — A tutto il 15 settembre concorso pel 2° medico condotto; L. 2500 lorde delle quali L. 1200 per la cura dei poveri e L. 1300 abbienti.

MALONNO (*Brescia*). — È prorogato a tutto il 15 settembre il concorso medico; stipendio L. 4274 lorde, alloggio in casa espressamente costruita, sessenni, malattie a norma di legge. Popolazione 2514. Non obbl., nè bisogno di cav.

*MOGLIANO (*Macerata*). — 2ª condotta compri-maria piena; L. 3200 lorde, L. 600 per cavalc., L. 200 se U. S., L. 100 se supplenza; un sessennio. Proroga al 15 settembre. Assunzione servizio entro 20 giorni.

MONTECICCARDO (*Pesaro*). — L. 3000 pei poveri, L. 950 pei semiabbienti, L. 700 cavallo, L. 100 uff. san., tre sessenni, assicurazione infortuni. Scad. 15 settembre.

MONTE S. SAVINO (*Arezzo*). — 1ª condotta, abitanti 2821; L. 2700, cura piena nel 1914 e residenziale poi, due sessenni, L. 750 cavalc. Scad. 15 settembre.

NISSOLINE-BORGONATO-TORBIATO. — Concorso al posto di M. C.: L. 4000, condotta piena e 3 aumenti del X. Circondario di Chiari, provincia di Brescia. Scad. il 10 settembre.

NUGHEDU S. NICOLÒ (*Sassari*). — Condotta generale; L. 3600 nette aument. Scad. 20 settembre.

OLMEDO (*Sassari*). — Condotto; L. 3000 nette, nomina subordinata decisioni G. P. A. Scadenza 30 settembre.

ORTIGNANO-RAGGIOLO (*Arezzo*). — Condotto; L. 2500, due sessenni, L. 100 quale U. S., L. 700 per cavalc., cura poveri. Scad. 20 settembre.

PALUZZA (*Udine*). — Medico; L. 3000 aument., condotta libera, ab. 4500, poveri 600 circa. Scadenza 25 settembre.

PESARO. — Medico supplente. Documenti non oltre il 22 settembre. Stipendio L. 2500 lorde e L. 500 per cav.; tre sessenni; indennità straordinarie. Stabilità dopo due anni. I medici condotti da supplire sono in numero di sette. Chiedere il bando.

* PIANDICASTELLO (*Pesaro* e *Urbino*). — Al 10 settembre conc. a medico-chirurgo; L. 3500 lorde; cav. gratuito; abitazione; terreno; esente tasse comunali. Ab 926. Servizio entro 20 giorni.

*PIOBBICO (*Pesaro Urbino*). — A tutto il 12 settembre condotta; L. 4000 lorde, senz'obbl. cav.; L. 100 quale U. S.; ab. 2075. Servizio entro 15 giorni.

PORTICO E S. BENEDETTO (*Firenze*). — Condotta per S. Benedetto; L. 4600 lorde compresevi L. 600 per cavalc. e L. 300 per indennità di residenza; 3 sessenni; L. 800 nel caso di rinunzia al congedo ordinario. Scad. 30 settembre.

*RANZANICO-BIANZANO (*Bergamo*) — Medico-chirurgo consorziale; ab. 1602; nessun obbl. cav.; L. 3500 lorde, tre sessenni, alloggio. Scadenza 10 settembre.

RIO NELL'ELBA (*Livorno*). — Prorogato a tutto il 10 settembre 1913 il concorso a medico chirurgo; vedi fasc. 35.

ROBBIATE (*Como*). — Cond. cons., 2° medico; L. 3450, due ses., L. 50 bicicletta. Scad. 18 set.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Diciotto posti di medico di porto di 4ª classe. Scad. 30 settembre. Età 18 a 30 anni al 5 luglio,

ROMA. *Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio.* — Ispettore capo circolo medico di prima classe nel corpo degli ispettori dell'industria e del lavoro; L. 9000. Età limite 40 anni. Ispettore medico di prima classe; L. 6000. Età limite 25-40 anni. Due ispettori medici di seconda classe, tra gli ispettori del corpo che abbiano almeno tre anni di servizio; L. 6000. Domanda di ammissione (in carta da L. 1.20) e documenti all'Ufficio del lavoro, non oltre il 21 settembre. Titoli comprovanti la speciale competenza nell'igiene industriale e in genere nelle discipline sanitarie che riguardano le condizioni del lavoro. Eventuali controlli per accertare la conoscenza di lingue estere. - Chiedere l'annunzio.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

SALBERTRAND (*Torino*). — Medico condotto; L. 1500 lorde. Scad. 14 settembre.

*SAMBENEDETTO DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — Concorso per la nomina del chirurgo primario, direttore dell'Ospedale. Stipendio L. 4000 aumentabile per tre sessenni consecutivi. Scadenza 10 settembre. Età non superiore ai 40 anni.

SAN BENEDETTO PO (*Mantova*). – Condotta, al 15 settembre, per Portiolo; ab. 281 riuniti e 1624 sparsi; L. 3000 lorde e tre sessenni, pei poveri; vaccinazioni; L. 600 per mezzo di trasporto.

SANCOSTANZO (*Pesaro Urbino*). — Condotte residenziali:

1° del capoluogo, prevalentemente chirurgica; L. 3000 per i poveri, 249 circa e L. 50 per ogni 100 e fraz. di 100 semiabbienti e L. 500 per l'ambulatorio, esonero cavalc.;

2° del capoluogo e fraz. Stacciola; L. 3000 per i poveri e L. 50 per ogni 100 ecc. come sopra, e L. 700 per cavalc.;

3° della fraz. Cerasa condizioni identiche.

Tre sessenni; L. 200 per supplenza reciproca mese congedo; alloggio nelle Case comunali mediante ritenuta di L. 180 annue, L. 200 a chi sarà nominato U. S. Scad. 20 settembre.

SANDONACI (*Lecce*). — Condotta piena; L. 3500 e L. 200 se uff. san., lorde. Ab. 2468 agglomerati e 235 sparsi. Servizio fra 15 giorni dalla partecip. di nomina, salvo giustificato impedimento. Chiedere l'annunzio. Proroga al 20 sett. Nomina subordinata all'approvazione del capitolato da parte della G. P. A.

SAN NAZARIO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 lorde e L. 150 quale U. S., non più di 40 anni s. e. r. Ab. 3341. Scad. 10 settembre.

*SAN PIETRO CADORE (*Belluno*). — Medico; L. 3000 fino a 2000 poveri, e L. 75 annue in più per ogni 100 poveri in più, L. 700 per cavalc. e L. 500 quale U. S. Scad. 20 settembre.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª Condotta, al 15 settembre; cura piena, zona esclusivamente di campagna; L. 3000 nette di R. M., di cui tre quinti pei poveri; rifornimento cavalc. Assicurazione infortuni.

SCAPOLI (*Campobasso*). — Condotta; L. 2400 per la generalità e L. 100 quale U. S.; L. 200 aumentabili dalla Congregazione di carità. Chiedere l'avviso. Età massima 45 anni, s. e. r. Scad. 40 giorni dal 1° agosto.

SELLIA (*Catanzaro*). — L. 2950 e alloggio, cura piena, L. 300 uff. san., un sessennio, 6 anni di precedente esercizio; ab. 1300. Scadenza 13 settembre.

SERRANO (*Lecce*). — Al 30 settembre. Stipendio L. 2700 lorde oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale Carpignano.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — 3° Riparto, cura poveri; L. 3300 lorde e tre quinquenni del decimo; L. 700 per cavalc. Servizio entro 15 giorni. Scad. 12 settembre.

SONCINO (*Cremona*). — Fraz. Gallignano, ab. 1613, L. 2700 per 1200 poveri, tre sessenni, indennità varie L. 600. Scade 15 settembre.

STRANGOLAGALLI (*Roma*). — Condotta unica piena; L. 4432 lorde e L. 100 quale U. S.; due sessenni; ab. 1899; arm. fam. Poveri iscritti 12. Per le visite di campagna mezzo di trasporto a carico dei richiedenti non poveri. Assunzione della condotta entro 15 giorni dalla p. di nom. Scad. 30 giorni dal 20 agosto.

TAINO ED UNITI (*Como*). — Al 30 settembre. Condotta: ab. 2476. Emolumento complessivo. L. 3496.25 lorde. Entrata in servizio il 1° novembre.

TORRE DI BAIRO (*Torino*). — Medico con Baldissero; L. 1400 lorde compresa supplenza. Scad. 22 settembre.

URÌ (*Sassari*). — Condotto per la generalità; L. 3500 nette e 4 sessenni. Scad. 25 settembre.

Medico-chirurgo 34 anni con nove anni esercizio, provetto ospedali, condotte, accetterebbe subito interinato, supplenza, Italia settentrionale. Scrivere: Libretto postale 112,090, fermo posta. Borgomanero (Novara).

Medico-chirurgo, trentacinquenne, lunga pratica ospedali, condotte, accetterebbe subito o anche entro settembre-ottobre lungo interinato, buone condizioni, media, alta Italia. Scrivere: Tessera S. Giuliano 1381, fermo posta, Firenze.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Monza (Milano), Baressa, Turri, Baradili, Setzu, Genuri e Sini (Cagliari), Pianzano (Roma), Bondione Lizzola e Ranzanico con Bianzano (Bergamo), S. Benedetto del Tronto (Ascoli Piceno), Endenna (Bergamo), Lugo (Ravenna), Taurisano, Ruffano, Fogliano, Cavour, Capranica di Lecce, Melissano, Tricase e Ferrano (Lecce), Taranto Peligna (Chieti).

Revoca di diffide: Breme-Lomellina (Pavia), S. Pietro Cadore (Belluno), Narcao (Cagliari), S. Costanzo (Pesaro), Aulla, per Caprogliola (Massa Carrara), Strangolagalli (Roma).

Ci si comunica:

« Prego caldamente la S. V., a nome di questa Sezione, di compiacersi a fare annunziare subito nel « Policlinico » la diffida per il concorso alla condotta chirurgica di S. Benedetto del Tronto (Ascoli Piceno) perchè aperto *a cura piena* contro gli ultimi deliberati dell'Associazione che ha stabilito la condotta residenziale almeno per i centri più importanti.

Dott. Tiberio Zannoni
Segretario della Sezione
di Ascoli Piceno dell'A. N. M. C. ».

La Sezione di Rovigo ha diffidato il comune di Crespino per ottenere la trasformazione della condotta piena in libera.

Il presidente della Sezione: A. Matteucci.

TORINO. *Reale Accademia di medicina* (Via Po, n. 18). — E' aperto un concorso al 13° Premio Riberi di L. 20,000 per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere. Scadono i termini col 31 dicembre 1916. Per le condizioni del concorso rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, via Po, 18, Torino. Il segretario generale: V. Oliva.

Echi del Congresso di Londra.

Il XVII Congresso internazionale di medicina tenutosi a Londra dal 6 al 12 corrente è stato una grandiosa manifestazione della scienza medica per il numero degli aderenti (circa 7500), per l'importanza delle relazioni e discussioni che hanno avuto luogo nelle 22 Sezioni, per l'illustrazione dei grandi Maestri della medicina riuniti a Londra, ospiti non soltanto dell'Inghilterra, come nel discorso inaugurale volle mettere in evidenza S. A. R. il duca di Connaught, ma di tutto l'Impero Unito, giacchè nei diversi Comitati l'Australia, l'India, il Sud-Africa, il Canadà, la Nuova Zelanda avevano tutti la loro rappresentanza.

Nella seduta d'inaugurazione, nella sala immensa del *Royal Albert-Hall*, si ebbe la prima visione d'insieme di ciò che sarebbe stato il grande Congresso di Londra.

La sala, capace di 12,000 persone, era quasi letteralmente piena: tra il nero quasi uniforme degli abiti dei congressisti, spiccavano parecchie migliaia di abbigliamenti muliebri e le classiche multicolori toghe dei membri dell'Università di Oxford e Cambridge, fra i quali noi italiani riconoscevamo la bella figura del prof. Romiti. Un enorme organo a canne dal fondo del palcoscenico spandeva per la sala piuttosto disarmonica le note del: *God save the King*.

Il duca di Connaught prima, e poi il presidente Thomas Barlow fecero i discorsi inaugurali, insistendo ambedue nel ricordare i precedenti Congressi di Londra del 1881 e del 1901, e compiacendosi dei grandi progressi che la scienza medica negli ultimi lustri ha compiuto.

Dopo il discorso del Ministro degli esteri sir Edward Grey, si avanzarono per ordine a portare il saluto del loro paese i delegati delle singole nazioni, accompagnati ogni volta dall'organo con le prime note del rispettivo inno nazionale.

Dichiarati aperti i lavori del Congresso e chiusa la seduta, i congressisti uscendo dall'*Albert Hall*, ebbero l'allegra sorpresa di assistere alla lenta sfilata di una lunga processione di *suffragettes*, a dimostrazione che esse non si lasciano sfuggire nessuna occasione per esibire al pubblico se stesse e la loro causa, discreditando sempre più il rigido principio inglese della disciplina e dell'ordine pubblico, di cui i loro connazionali in ogni altra circostanza sanno essere tutori impeccabili.

Avevano delle ampie tabelle appese al petto ed al dorso, con delle scritte a grandi caratteri come le seguenti:

« *What do doctors think of woman torture?* » — « *The governement is wardering women* »...

***

Il 5 agosto, alla vigilia dell'inaugurazione generale del Congresso, c'è stata la riunione del Congresso internazionale della stampa medica, sotto la presidenza del venerando prof. Lucas-Championnière.

Il Blondel ha fatto un interessante rapporto sull'eterna questione dell'unificazione della terminologia medica.

A nuovo presidente dell'associazione è stato eletto il dott. L. Dejace, redattore capo di « *Le Scalpel et Liège Médical* ».

La redazione del *The Lancet* ha ricevuto tutti i redattori di giornali medici presenti a Londra ad una colazione sontuosa nel *Hyde-Park Hotel*.

***

Martedì 12 agosto fu tenuta nell'*Albert Hall* la seduta di chiusura del Congresso: la grande sala era semideserta.

Sotto la presidenza del prof. Barlow, M. Burns ha fatto una notevole conferenza sui rapporti della medicina con la salute pubblica. Egli inoltre ha tracciato il programma dei lavori futuri: campagna contro la tubercolosi, protezione dell'infanzia, ispezione delle scuole, ecc.

Quindi i delegati rappresentanti delle varie nazioni hanno espresso i loro ringraziamenti per la generosa ospitalità ricevuta da S. M. il Re, dal Governo, dal popolo inglese.

M. Burger, segretario generale della Commissione permanente internazionale dei Congressi, legge il rapporto della Commissione che ha accettato all'unanimità l'invito del governo bavarese di riunire a Monaco nel 1917 il XVIII Congresso internazionale di medicina.

La Commissione assegna i premi dei Congressi nel modo seguente:

1° Il premio di Mosca al prof. Richet di Parigi per i suoi lavori sull'anafilassi.

2° Il premio di Parigi al prof. A. von Wassermann di Berlino per i suoi lavori sulla terapia sperimentale e sull'immunità.

3° Il premio dell'Ungheria al prof. Wright di Londra per i suoi lavori sull'anafilassi.

Il Comitato della Commissione permanente dei Congressi internazionali è risultato così costituito:

Presidente: Friedrich von Müller di Monaco (presidente del XVIII Congresso).

Vice-presidenti: Calmann Müller di Budapest, Thomas Barlow di Londra.

Segretario generale: H. Burger di Amsterdam.

Segretario aggiunto: Van der Haer dell'Aia.

Murger propone un voto di ringraziamento alla regina d'Olanda, che ha sostenuto tutte le spese della Commissione permanente dei Congressi, dal Congresso di Budapest a quello di Londra.

Il presidente dichiara chiuso il Congresso, notando che l'interesse dimostrato dal Governo inglese verso il Congresso stesso indica l'influenza sempre maggiore che la medicina acquista nel mondo, ed augura che questa influenza valga a fare regnare la pace nel mondo.

***

Non è fra queste note spicciole che si possa accennare all'importanza e al valore scientifico delle relazioni e delle comunicazioni svolte in ognuna delle 22 Sezioni durante i sei giorni di lavori del Congresso.

Tra le curiosità utili, notiamo che nell'*Imperial College* era stata organizzata per i congressisti nel primo piano una esposizione industriale molto ricca ed istruttiva; nel piano superiore v'era il Museo scientifico, nel quale in parecchie sale era stato disposto un abbondantissimo materiale d'insegnamento, sotto forma di tavole, disegni, fotografie, ferri anatomici, preparati microscopici, ecc.

M. Welcome aveva ordinato un interessante Museo di storia della medicina, ricco sopra tutto dei materiali raccolti dalla Spedizione archeologica e scientifica organizzata dal Welcome nel Sud-Africa.

***

Bisogna in maniera speciale ringraziare i colleghi ed il popolo inglese, che hanno voluto ai congressisti di tutto il mondo dimostrare nei modi più cordiali e coi mezzi più generosi la loro leggendaria ospitalità.

Mentre duravano i lavori dei Congressi, i ricevimenti e le feste in tutte le ore del giorno si moltiplicavano negli ospedali, nei musei, negli uffici pubblici, nelle gallerie private, nei saloni degli alberghi.

E l'organizzazione di queste feste presentava un lato caratteristico che merita di essere notato.

Mentre negli altri paesi il Comitato del Congresso riceve per le spese di organizzazione larghi aiuti finanziari dallo Stato e dai Municipi, ed i ricevimenti hanno tutti carattere più o meno ufficiale, in Inghilterra invece tutto dipende da iniziative private.

La *Royal Society of Medicine* ha organizzato il Congresso con le somme raccolte in una sottoscrizione fra i suoi membri. E i ricevimenti eran dati quasi tutti da privati; anzi per il numero enorme dei congressisti si erano dovuti moltiplicare, limitando il numero degli invitati. Non per questo le feste han perduto in magnificenza, ed hanno sempre avuto l'impronta tradizionale della sontuosa ospitalità inglese.

***

In cauda venenum; ma ben piccola cosa, in confronto alla riuscita del Congresso, superiore a qualsiasi elogio.

La piccola menda che vogliamo trovare fra i tanti meriti del Comitato del Congresso di Londra riguarda proprio lo spirito d'ordine e di organizzazione che tanto distingue il popolo inglese.

Bisogna riconoscere che in alcuni particolari essenziali l'ordine e l'organizzazione hanno fatto difetto in questo grande Congresso.

Noi non scagioniamo affatto, e non l'abbiamo fatto altrove, delle loro gravi colpe gli italiani che avrebbero dovuto prevedere e provvedere per il decoro della nostra scuola e della patria nostra. Ma dobbiamo pure confessare che, per vero disordine della Segreteria del Congresso, molti italiani son partiti per Londra senza avere avuto la tessera di congressisti, perchè la Segreteria era stata sorda alle loro ripetute richieste. Questo inconveniente è pure successo al rappresentante di un Ministero del Regno.

E parecchi congressisti non hanno potuto avere neppure il loro *distintivo*, nè la copia delle relazioni stampate della loro Sezione.

Nei primi giorni del Congresso lasciò pure a desiderare non poco il *Post-Office*.

Ciò che poi rasentava addirittura lo scandalo, sopra tutto nei primi giorni, era il *Bureau de la Presse*.

Nessun segno che ne mostrasse o provasse la esistenza, la più completa disorganizzazione che somigliava all'assenza quasi dell'ufficio, nessun rapporto mai o riassunto delle discussioni annunziate nei programmi della mattina.

Il lavoro dei resocontisti diventava immane, inattuabile, se non era limitato ad una sola Sezione.

***

Fatte queste piccole osservazioni, siamo lieti di potere ripetere ancora una volta che il XVII Congresso internazionale di Medicina non poteva avere riuscita migliore di quella che gli inglesi, da veri maestri, hanno saputo ottenere.

Una sola cosa vivamente rimpiangiamo, e ne facciamo colpa esclusivamente a noi stessi italiani: che in questo Congresso grandioso l'Italia non abbia potuto nè saputo farsi un posto degno delle sue tradizioni e del suo patrimonio scientifico.

P. S.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso medico marchigiano per Bartolomeo Eustachio.

Come abbiamo annunziato, dal 14 al 16 settembre si terrà a San Severino Marche un Congresso medico marchigiano con l'intervento di personalità mediche di tutta Italia, per onorare la memoria del sommo anatomico sanseverinate Bartolomeo Eustachio, nel quarto centenario della sua nascita.

La direzione generale delle ferrovie dello Stato ha concesso le riduzioni ferroviarie in tutta l'Italia per 15 giorni, come dalla concessione speciale prima, tariffa differenziale *B*.

Coloro che vogliono usufruire di tali ribassi, quali partecipanti diretti al Congresso, o quali invitati speciali al medesimo, devono farne domanda immediata al Comitato scientifico di San Severino Marche e sottostare a tutte le norme stabilite.

Contemporaneamente al Congresso avranno luogo in San Severino dal 7 al 25 settembre vari festeggiamenti.

Si dà come certo l'intervento del ministro Credaro, presidente onorario del Comitato di onore, del quale fan parte personalità spiccate nella scienza, nelle lettere, nella politica e nell'arte, quali Baccelli, Todaro, Murri, Mingazzini, Tamburini, Celli, Luciani, Anile, Antonelli, Romiti, Durante, Grassi, Perroncito, Martini, Luzio, Colajanni, Tacchi-Venturi, Casilli, Tempestini, Nitti, Ovidi, Lusignoli, ecc., nonchè tutti i deputati, sindaci e notabilità delle Marche.

Il re ha elargito lire 500. L'Università di Roma, nel cui ateneo insegnò con tanta fama l'Eustachio, ha inviato lire 250, incaricando il sen. Todaro di rappresentarla e decretando un ricordo marmoreo da erigersi quanto prima nell'atrio della Sapienza.

Il comune di Roma apporrà una lapide alla casa posseduta ed abitata dall'Eustachio in piazza SS. Apostoli, nell'attuale palazzo Guglielmi, e tributerà a tant'uomo, speciali onoranze.

IV Congresso internazionale sui risanamenti e sulla salubrità delle abitazioni

Si tiene ad Anversa dal 31 agosto al 7 settembre, sotto l'alto patronato di S. M. il re Alberto.

Le sedute hanno luogo nei locali dell'Ateneo Reale, piazza del Comune.

Programma delle Sezioni: I. Igiene dell'emigrante; II. Igiene coloniale; III. Igiene dei porti e delle navi; IV. Ingrandimento delle città dal punto dal punto di vista delle necessità igieniche; espropriazioni per insalubrità.

La IV questione verrà trattata pure al X Congresso delle abitazioni economiche, il quale si adunerà all'Aja l'8 settembre.

Congresso medico professionale in Germania.

Si è tenuto a Eberfeld dal 2 al 4 luglio il Congresso annuale della lega Germanica per la tutela degli interessi professionali dei medici

Vi hanno partecipato 300 delegati, rappresentanti oltre 24,000 medici. I membri della Lega ascendono a 25,184, ripartiti in 129 sezioni.

In via d'eccezione durante il 1912 il Congresso non aveva avuto luogo.

Prossimi congressi.

A Vienna si aduneranno dal 9 al 13 settembre il III Congresso internazionale per il servizio di pronto soccorso e di previdenza contro gl'infortuni; e, pure in settembre, il IV Congresso internazionale delle malattie professionali.

A Siena è indetto dal 22 al 27 settembre il VII Congresso delle scienze biologiche, promosso dalla Società Italiana per il progresso delle scienze.

Per Andrea Vesalio.

Il Belgio si prepara a celebrare il quarto centenario del grande anatomista, nato a Bruxelles nel 1514.

Corso di perfezionamento.

Il XIII corso accelerato per medici condotti e medici pratici si terrà presso gli istituti clinici di Milano dal 10 novembre al 10 dicembre.

Le domande si dirigano all'Economato, via Commenda, 12, Milano.

Chiedere il programma.

XXV anniversario di Laurea.

I medici laureati nel 1888 presso l'Università di Bologna che desiderano partecipare al festeggiamento della loro laurea d'argento, sono pregati d'inviare la loro adesione al dott. E. Cingolani in Vergato (Bologna).

Il giorno del ritrovo sarà immediatamente prima o immediatamente dopo il Congresso di Parma dei M. C.

Propaganda igienica.

Il dott. Domenico Falcioni ha tenuto nell'Agro Romano due conferenze di propaganda su temi: « Nozioni di epidemiologia e profilassi della malaria » e sulla « Cassa nazionale di previdenza per gli operai ».

Nuovi giornali.

Ad Avellino si è iniziata la pubblicazione dell' « Irpinia Medica », periodico di medicina, chirurgia ed igiene. Redattori i dott. F. Aufiero, G. Carbone, G. Perugini.

A Roma si è pubblicato il primo numero della rivista « l'Assistenza dei Minorenni Anormali », diretta dal prof. Giuseppe Montesano.

Auguri.

Beneficenza.

Il cav. Gino Dordoni di Soncino (Cremona) ha elargito 40,000 lire al ricovero per vecchi cronici di quel paese.

Sono state offerte all'Istituto Pro lattanti di Mantova 25,000 lire dal dott. Annibale Norsa e 20,000 lire dall'ing. Adolfo Viterbi.

Incerti del mestiere.

Mandano da Campo Felice di Fitalia (Palermo) che il dott. Pietro Sannazzaro, avendo chiesto ad un cliente, certo Salvatore Nuccio, cinque lire quale compenso di una visita, ne ricevette un colpo di fucile che lo ferì al torace e ad un braccio.

Cronaca epidemiologica.

Il colera compie gravi stragi nei Balcani.

Secondo un comunicato ufficiale furono accertati sino al 28 luglio nel regno di Serbia 400 casi di colera, dei quali 161 seguiti da morte: tra le persone ammalate di colera si trovano 348 soldati e tra i morti 138 soldati; a Belgrado furono accertati in totale 118 casi di colera, di cui 48 seguiti da morte; tra gli ammalati sono 106 soldati e tra i morti 42 soldati.

Nell'esercito rumeno sono occorsi 1135 casi letali, di cui sei di ufficiali, sino al 24 agosto.

Due casi accertati ne erano stati segnalati a Vienna sino al 31 agosto.

Gl'impiegati dei manicomi.

Si è adunata a Verona la Commissione organizzatrice dell' « Associazione fra gl'impiegati dei manicomi pubblici ». Venne approvato uno schema di statuto da sanzionarsi per *referendum* tra i soci.

Fatti tragici nei manicomi.

Nel manicomio provinciale di Como si è uccisa, impiccandosi, una ricoverata.

Un omicidio fra pazzi è avvenuto nel manicomio di San Colombano al Lambro (Milano).

Per lo studio delle malattie tropicali.

Il Ministero inglese delle Colonie ha nominato una Commissione composta di circa venti membri, affidandole l'incarico di studiare i mezzi più efficaci per combattere le malattie tropicali e sopratutto quelle che rendono pericolosa l'esistenza agli europei nelle regioni centrali dell'Africa.

La prima questione su cui la Commissione dovrà pronunziarsi è: entro quali limiti lo sviluppo delle malattie tropicali venga favorito dalla mosca « tse-tse », che propaga il tripanosoma umano ed animale, e dagli animali selvaggi, che lo ospitano.

La Commissione deve suggerire al Governo i mezzi per tentare una prova di isolamento, in area determinata, distruggendovi tutti gli animali selvatici e ponendo sotto osservazione i risultati che ne possono derivare.

La Commissione dovrà riferire sulla possibilità di prendere altre misure precauzionali. Compierà il suo lavoro durante un lungo giro nelle regioni interne dell'Africa.

I medici scolastici a New-York.

Il Consiglio di sanità di New-York comprende una Sezione dell'igiene del fanciullo, costituita da un corpo di medici scolastici con ispettori, vice-ispettori e un ispettore capo. I medici scolastici sono circa 150, i quali devono vigilare sui 750,000 scolari di New-York; un medico sorveglia così circa 5000 scolari. L'ispezione medica comprende anzitutto la visita quotidiana delle scuole; il medico passa tutte le mattine nella scuola a lui affidata ed esamina i malati mandati dai maestri all'infermeria. Ogni 15 giorni inoltre passa in rassegna tutte le classi per vedere se vi sia qualche malattia oculare, laringea o cutanea; alla fine d'anno il medico esamina tutti gli scolari e segna i risultati dell'esame su un foglio che rimane alla scuola.

Al medico scolastico spetta ancora l'obbligo di visitare e curare gli alunni sospetti di malattie contagiose e l'opera del medico è efficacemente coadiuvata dalle infermiere scolastiche addette all'infermeria della scuola e che recandosi nelle case insegnano alle madri i precetti igienici necessari e indicano i vari dispensari dove il fanciullo può trovare quelle cure che il medico scolastico ha prescritto.

Denunzia obbligatoria della tubercolosi in Ungheria.

Il ministro ungherese dell'interno ha emesso un decreto che impone l'obbligo della denuncia dei decessi per tubercolosi polmonare o laringea e per tubercolosi ossea o renale quando sia aperta. La denuncia è obbligatoria anche quando un malato di tubercolosi avanzata cambia il domicilio, o vive in condizioni di ambiente o di professione tali da costituire un pericolo per i famigliari o per il pubblico.

La libera scelta del medico negli ospedali di Vienna.

La Camera medica e il Consiglio medico di Vienna promuvono un'attiva campagna per ottenere che i ricoverati nei *reparti per abbienti*, istituiti da poco dal governo e dal municipio nei nuovi ospedali, possano farsi curare dai loro medici di fiducia, anzichè dai medici ospedalieri.

Hanno organizzato un boicottaggio regolare contro quelle istituzioni.

La questione è molto complessa e sembra difficile poter addivenire ad una soluzione pratica.

Notizie demografiche sull'Inghilterra.

La statistica demografica sommaria pel 1912, testè pubblicata dal « Registrar general », computa la popolazione totale del Regno Unito, alla metà dell'anno, in 36,539 636 persone, di cui 17,672,985 maschi e 18,866,651 femmine.

I matrimoni durante l'anno furono 283,195, ciò che dà un tasso del 15.5 ‰ e segna un incremento di 0.3 sull'anno precedente.

Le nascite ascesero a 872,767, ciò che dà un tasso di 23 ‰ e segna un decremento di 0.6.

Le morti furono 486,967, ciò che dà un tasso di 13.3 ‰, ossia di 1.3 inferiore all'anno precedente: è il minore avutosi fin'ora nel Regno Unito. Qualora si mantenesse inalterato, la durata *media* dell'esistenza per gl'inglesi diverrebbe di anni 75.2!

La mortalità infantile, misurata dal rapporto tra le morti sotto 1 anno e le nascite, fu di 9.5 %, ossia di 3.5 minore che nel 1911 e del 3.0 minore dalla media verificatasi durante gli ultimi 10 anni.

È morto a Perugia, dopo una fulminea malattia, il dott. **Domenico Ciuffini**, sanitario valentissimo, di alto sentire e molto apprezzato, padre del nostro amico e collaboratore prof. Publio, al quale inviamo dal cuore le nostre condoglianze per la straziante e irreparabile perdita. L. P.

A Inzago cessava di vivere il dott. cav. **Giuseppe Friz**, ufficiale sanitario e direttore del Pellagrosario provinciale e dell'Ospedale Marchesi.

Egli dette larga parte di sè alla lotta contro la pellagra. S.

Rassegna della stampa medica.

Arch. d. Mal. de l'App. dig., ecc., giu. FAIRISSE e JACQUOT. « Colite ulcerosa da "Lamblia intestinalis „; perforazione ».
La Sem. Méd., 18 giu. ROGER. « Le bradicardie nelle malattie infettive ».
Wien. Med. Woch., 19 giu. FREUND e KAMINER. « Origine dei costituenti del siero che agiscono sulle cellule carcinomatose ». — HOFER. I rapporti del bacillo di Perez con l'ozena ».
La Prensa Méd., 15 giu. VILLARD. « La panoptosi ».
Deut. Med. Woch., 19 giu. HILLER. « Trattamento del colpo di calore » — ROTHSCHILD. « Ricerche chemoterapiche nella tubercolosi ».
Zbl. f Chir., 21 giu. NOWIKOFF. « Nuova via per l'aggressione dell'ipofisi ».
Arch. d. Sc. Biol., 5. GLINKA. « Sui fermenti del bacillo dell'osteomielite ». — ZÉLIONY. « Sulla fisiologia delle glandole stomacali ».
Paris Méd., 21 giu. CARNOT. « I movimenti dello stomaco ». — LEROY. « Sul meccanismo della crisi di epilessia e di asma ». — SCHWARTZ. « Sulla cura dell'attacco di appendicite acuta ».
The Boston M. a. S. Journal, 19 giu. CUSHING. « Diabete insipido e poliuria d'origine ipofisaria». — GREEN. « Diagnosi e cura della difteria ».
Gazz. d. Osp., 19 giu. CARTOLARI. « Occlusione e volvolo dell'intestino da ascaridi ».
La Presse Méd., 21 giu. JAYLE. « La tubercolosi della tromba di Falloppio ».
Brit. Med. Journ., 21 giu. MORRISON. « L'anestesia spinale tropococainica ».
Le Scalpel, 22 giu. DOSSIN. « Sugli itteri emolitici ».
La Belg. Méd., 22 giu. VARSTRAETEN. « Il valore curativo dell'acqua calda ».
Berl. Klin. Woch., 23 giu. MÜLLER O. « La balneoterapia nei disturbi di circolo ». — SCHUSTER. « La diagnosi differenziale delle contratture delle dita ».
Gaz. d. Hôp., 21 giu. ROZIÈS e ARRIVAT. « Trattamento del cancro inoperabile del collo uterino ».
La Rif. Med., 21 giu. NINNI. « Sulla scomparsa degli antigeni specifici dal sangue ». — PODDIGHE. « Studio anatomo-patologico e clinico di un caso di colecistite ».
La Prov. Méd., 21 giu. DELÉARDE e LEBORGUE. « Il vaccino antitifico di Besredka. — HENRY e THIRY. « Associazioni parassitarie multiple (filariosi, anchilostomiasi, plasmodiosi e ossiuriusi ».
Pensiero Med., 22 giu. PARLAVECCHIO. « Idatide del pancreas guarita colla marsupializzazione ». — BORRINO. « Deformazione del torace nelle cardiopatie ».
Zeit. f. angew. Anat. u. Kostitutionslehre, 21 giu. CHVOSTEK. « Il momento costituzionale nella patogenesi del morbo di Basedow ». — ZELLWEGER. « Importanza del linfatismo e di altri momenti costituzionali nella genesi dei calcoli biliari ».
Münch. Med. Woch., 24 giu. BÄUMLER. « La diagnosi differenziale del vaiolo ». — CHRISTEN. « Raffinamento della diagnosi dinamica del polso ».
Gaz. d. Hôp., 24 giu. LAIGNEL-LAVASTINE. « Definizione del simpatico ». — HAMANT e PICACHE. « Osteomielite a infezioni miste ».
Deut. Med. Woch., 26 giu. KRÖNIG e GAUSS. « Trattamento del cancro con raggi X e mesothorium ». — FORSTER e TOMASCZEWSKI. « Le spirochete nel cervello di paralitici ». — DRIGALSKI e BIERAST. « La ricerca dei bacilli difterici ».
Wien. Klin. Woch., 26 giu. SCHÜTZ. « La diagnosi precoce del carcinoma delle vie digerenti ». — SCHERBER. « Le ulcere pseudo-tubercolari dei genitali femminili ».
Lo Speriment., III. ROSSI. « Istogenesi delle varici precoci degli arti inferiori ». — LUNGHETTI. « Un caso di così detta teleangettasia disseminata del fegato »
La Presse Méd., 25 giu. HUGONNENQ e MOREL. « Dosaggio dell'urea nei liquidi organici col reattivo Fosse ». — ZIMMERN, COTTENOT e DARIAUX. « La radioterapia radicolare nel trattamento delle nevralgie ».
Gaz. d. Hôp., 26 giu. LANCE. « Trattamento delle fratture della diafisi del femore nei bambini ».
Ann. di Neur, V-VI. LOMBARDO. « Sul paramioclono epilettico ». — DELL'ERBA. « Sulla fisiologia delle percezioni visive ».
Rev. Valenciana de Ciencias Méd., 25 giu. V. e VI. PESET. « L'ematochimica legale ».
La Rif. Med., 28 giu. MARAGLIANO T. « La vaccinazione dell'uomo contro la tubercolosi ». — ILVENTO. « Ricerche sul latte coagulato (yoghurt) consumato a Tripoli ».
Paris Méd., 28 giu. Numero consacrato agl'interessi professionali.
Brit. Méd. Journal, 28 giu. PARDEY. « Diagnosi e trattamento della dissenteria ». — LLEWELLYN. « Il nistagmo dei minatori ». SHORT e BYWATERS. « Amino acidi e zuccheri nell'alimentazione rettale ».
Journ. d. Prat., 28 giu. DALCHÉ. « Myxoedema della menopausa e falso myxoedema ». — CHAUFFARD. « Diagnosi delle reazioni vescicolari ».
The Lancet, 28 giu. BLAKE. « Le relazioni tra la così detta "influenza „, le bronchiti e la tubercolosi ». — GARROD. La cura dietetica della gotta ».
Le Progrès Méd., 28 giu. LOEPER. « La bradicardia nelle affezioni intestinali ».
Riv. crit. di Clin. Med., 28 giu. POGGIO e OLIVERO. « Reazione del cuore nella fatica e nelle emozioni ».
Le Scalpel, 29 giu. DELREZ. « Angiocolite e litiasi biliare ».
Berl. Klin. Woch., 30 giu. MORGENROTH e TUGENDREICH. « Etil-idrocupreina e acido salicilico quali adiuvanti del salvarsan ». — FOERSTER. « Il momento filogenetico delle paralisi spastiche ».
La Presse Méd., 28 giu. BERTOLOTTI. « Interpretazione delle varietà morfologiche dell'acondroplasia basata sull'ontogenesi ».
Pensiero Med., 29 giu. CORRIDI. « Sulla scomposizione dell'urotropina e di altri medicamenti analoghi nell'organismo ».

Klin.-ther. Woch., 30 giu. BENAROYA. « Clorosi egiziana ed anemia egiziana ».
La Prov. Méd., 28 giu. PIERRET. « I cerebrali ». — BÉRARD e BUCHE. « Assenza congenita dell'appendice e sindrome appendicolare acuta ».
Giorn. intern. d. Sc. Med., 30 giu. VERROTTI. « Micosi fungoide ». — MOSCATO. « Insufficienza aortica sperimentale ».
La Clin. Med. It., giu. MUSUMECI e GANGI. « Sul valore prognostico della reazione di Rivalta in alcuni casi di malattie croniche ». — TULLIO. « Sul significato delle onde secondarie del polso arterioso ». — PELLEGRINI. « Su la terapia alimentare idrocarbonata ».
Il Morgagni, giu. CIRIO. « Encefalite da pneumococco ». — FACCIOLÈ. « Sui cocchi capsulati esistenti nel sangue dei malarici ». — MICHELI. Tetania negli adulti ». - BORGHI. « Ossificazione di una cicatrice laparotomica ».
Arch. gén. de Méd., giu. ELSAESSER. « Le inalazioni d'aria calda ». — DUTOIT. « Le indicazioni della resezione del timo ».
Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig., 30 giu. VIGANÒ. « Controllo del vaccino jenneriano ».
Proc. of the R. Soc. of Med., giu. EMRICH. « Il carbonchio nell'industria della lana ». — HALL, FERRIER e PERMEWAN. « La paralisi unilaterale del ricorrente di sinistra (discuss.) ». — BRUN e MOTT. « Il sistema nervoso nel myxoedema ». — GORDON. « L'uso dei vaccini sensibilizzati ».
Ann. di Ost. e Gin., 30 giu. AGAZZI. « Rapporti tra aderenze utero-placentari e sviluppo del feto ». — FALCO. « Alterazioni anatomo-patologiche nel vomito incoercibile ».
Nev. Neur., 30 giu. SAINTON e ROL. « Diabete giovanile, tumore dell'ipofisi e infantilismo ». — ALQUIER. « Basedowismo frusto o nevrosi vasomotoria ».
Americ. Med., giu. Numero di pediatria.
Ann. di Med. Nav. e Col., mag.-giu. FRANCHINI. « Sull'Haemocytozoon brasiliense ». — GIORGI. « Le navi-ospedale della R. Marina Italiana ».
The British Journal of Surgery, lug. POWER. « L'operazione precoce nella calcolosi biliare ». — HANDLEY. « La tecnica dell'operazione di Butlin per la resezione marginale della lingua ». — SHIPWAY. « I recenti metodi d'anestesia ». — SHORT. « La natura dello shock chirurgico ».
Pathologica, 1 lug. CIPOLLONE e BILANCIONI. « Sulle cellule giganti ». — GUERRINI. « Sull'azione necrotizzante del siero di bove ». — TRUFFI. « Azione dell'oro nella sifilide sperimentale ».
The Practitioner, lug. WARDEN. « Cancro inoperabile e radium ». — WILLIAMSON. « Spasmo arterioso ». — HEWLETT e RODMAN. « Malattia da morso di ratti ». — DIDMOND. « I colloidi in medicina e chirurgia ».
Rev. Clin. de Madrid, 1 lug. LAFORA. « Un caso di astereognosi ».

Il fascicolo di settembre 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Dott. V. Puntoni** - I vibrioni « inagglutinabili ». Loro rapporti con il vibrione colerigeno e loro importanza nella eziologia e profilassi del colera.

II. **Dott. D. De Sandro** - Sugli amilo-batteri dell'intestino umano.

III. **Dott. P. Filadoro** - Alveolite sifilitica-pulmonare con antracosi. — Osservazione clinico-istologica a contribuzione etiologica dall'antracosi.

IV. **Dott. T. Pontano** - Rapporti tra malattie da siero e fenomeni anafilattici.

V. **Dott. L. Viganò** - Le termoprecipitine del micrococco melitense.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C

L. POZZI, *resp.*

Anno XX. Roma, 14 settembre 1913 Fasc. 37

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

R. Clinica delle malattie nervose dell' Università di Roma
diretta dal prof. G. MINGAZZINI.

La neurosi delle telefoniste

osservazioni clinico-critiche

per i dottori G. FUMAROLA e C. F. ZANELLI
medici assistenti della Clinica.

Ad arricchire il capitolo delle nevrosi professionali che ogni giorno va assumendo una sempre maggiore importanza, sia in rapporto della fenomenologia che della cura, sia da quello medico-legale che dal profilattico e sociale — desideriamo brevemente accennare a una forma di nevrosi recente, che ha assunto tuttavia una grande diffusione rispetto alla professione stessa e al numero di individui da essa colpiti. Alludiamo cioè alla nevrosi delle telefoniste, già da alcuni anni osservata e descritta specialmente da autori tedeschi e francesi, e che oggi pure in Italia merita la nostra attenzione per il suo estendersi allarmante nelle grandi città.

***

Per intenderci bene sul significato della parola nevrosi professionale, bisogna ricordare che per « Nevrosi » alcuni intendono una deficienza di « adattamento » dell'individuo alle difficoltà dell'ambiente fisico e psichico che lo circonda; altri la definisce una deficienza dello sviluppo funzionale che conduce al perfetto equilibrio dell'organismo. Comunque, la neurosi è una deficenza di « accomodazione » funzionale, nervosa e psichica, per cui il malato reagisce meno a un dato stimolo, reagisce troppo vivacemente, o reagisce in modo anomalo.

Tutte le modificazioni visibili o invisibili hanno per risultato di accomodare, di adattare la materia viva a delle condizioni variabili della vita stessa che sono le condizioni essenziali di esistenza, e di rendere la vita possibile forzandola a piegarsi alla necessità. Ora gli individui che hanno minore elasticità fisiologica nervosa, si adattano meno bene, e lasciano manifestar qua e là l'irriducibilità e la ribellione dei loro nervi che protestano. Quando poi l'individuo cessa di essere nello stato sgradevole di reazione — e durante il riposo continua in lui la riproduzione dei sintomi del male, ossia lo stato di reazione dolorosa — si crea in lui un abituale stato morboso, senza cause del tutto immediate: da ciò nasce la nevrosi.

La nevrosi è adunque un disturbo di questa o quella funzione dell'organismo, senza che l'organismo perda la capacità alla medesima. Al posto delle funzioni superiori,

si sviluppano agitazioni fisiche e mentali, e sopra tutto l'emotività. La quale (assai spesso sviluppata nella donna) non è che la tendenza a sostituire le operazioni superiori con l'esagerazione di certe operazioni inferiori, e sopratutto con delle grossolane agitazioni viscerali.

Tutti gli accidenti nevropatici ci si presentano perciò come disturbi della parte più elevata di una funzione nel suo adattamento attuale, e delle nuove circostanze interne o esterne: ecco perchè le nevrosi appaiono quasi sempre nell'età in cui la trasformazione organica e morale è più accentuata, si aggravano al momento del matrimonio, della morte dei parenti, di un cambiamento di condizione: cioè nei momenti in cui l'adattamento individuale e sociale diviene di un tratto più difficile.

Essendo adunque nevrotici coloro i quali in modo notevole palese e durevole, sia subiettivamente che obbiettivamente, presentano dei disquilibri della loro perfetta funzionalità nervosa tanto psichica che dal lato motorio e sensitivo, ricorderemo come si possa essere nevrotici per eredità e per accidente. Mettendo da parte il fattore eredità, non v'è dubbio che tra i fattori accidentali più notevoli sono le emozioni violente, i traumi psichici, i cambiamenti improvvisi di condizione e di ambiente, gli accidenti repentini, che esplicano la loro azione in modo per così dire acuto, e anche le influenze di azioni prolungate, come le condizioni inadatte, sgradevoli, di un lavoro protratto troppo intenso o troppo duraturo, che esponga l'individuo a una fatica speciale non compensata da un adeguato riposo. Di qui l'origine della nevrosi da lavoro, o meglio delle nevrosi professionali. Potremo anzi dire che ogni professione può avere la sua nevrosi, o almeno una sfumatura propria speciale, caratteristica conseguenza della professione stessa. L'aggruppamento diverso di sintomi comuni, o il predominio di alcuni su altri è ciò che colorisce i quadri delle diverse nevrosi professionali, di cui una, quella che noi esamineremo, è quella delle telefoniste.

Nelle grandi città moderne, il fervore della vita e la necessità di rendere sempre più rapide le comunicazioni abbreviando le distanze, rappresenta necessariamente un grande svantaggio al numero sempre crescente di coloro che sono destinati ai lavori per il funzionamento di tutti i mezzi necessari a questo scopo. L'umanità vivendo più rapidamente si illude di vivere più intensamente, ma l'equilibrio non muta. È ciò che da una parte si guadagna, si perde dall'altra; così in chi lavora troppo o male, si produce una specie di scompenso che verrà meccanicamente a danneggiare, oltre che lo individuo, il lavoro stesso, e, indirettamente la società. Di fatto è ormai noto che il concentramento continuo, intellettivo e sensoriale, in un campo di lavoro molto ristretto che non consenta alcun riposo, congiunto a uno sforzo attentivo e volitivo, finisce con lo scuotere l'equilibrio del nostro sistema nervoso, e con l'esaurirlo, a differenza di altre specie di lavoro più razionale nel quale l' individuo concentra prevalentemente alcune soltanto delle sue facoltà (attenzione, associazione, memoria, oppure soltanto la vista, l'udito, oppure solo i muscoli, ecc.) e quindi la possibilità che il funzionare dell'una consenta il riposo dell'altra, o viceversa.

L'ufficio delle telefoniste non richiede certamente una levatura speciale di intelligenza, nè l'impiego di facoltà superiori come l'associazione, la critica, e l'appercezione. Le qualità di cui fa qui bisogno, sono soltanto l'attenzione e la percezione che nelle donne possono essere sviluppate quanto nell'uomo. Esse di più anzi sono favorite dalla minor necessità che hanno di attività muscolare in genere, che elimina le distrazioni e favorisce la concentrazione dell'attenzione. Tuttavia nelle donne esistono condizioni sfavorevoli, e molte: in primo luogo la minor resistenza al lavoro di qualunque specie esso sia; la maggiore emotività; la anormalità delle reazioni rispetto a stimoli di ogni genere; la periodicità di stati fisiologici speciali. Tutto ciò rende estremamente labile la compagine del sistema nervoso femminile e fa di esso un terreno più propizio allo svolgimento di ogni specie di nevrosi.

Ciò spiega, benchè le osservazioni sulle telefoniste non siano molte nè di data molto antica, perchè sia in questa classe di persone alquanto alta la percentuale di quelle colpite da disturbi nervosi. Ma prima di esaminare le cause conviene accennare alle diverse forme di nevrosi professionali di cui quella delle telefoniste è il capitolo più recente.

***

Le nevrosi professionali sino ad ora descritte, appartengono in genere al tipo circoscritto, costituito da tutte le varie forme

di crampi da lavoro (meiopragie), capitolo assai numeroso, talchè si può dire non esista mestiere il quale non abbia la sua forma nervosa corrispondente. Non v'ha dubbio che sopratutto quelle forme conosciute sotto il nome di « crampi professionali » sono le più numerose, come insegnano tutte le osservazioni fatte da Duchenne a Lépinay, mentre le vere nevrosi caratterizzate da sintomi generali, con *cachets* speciali in rapporto alla diversa etiologia, non sono state ancora bene individualizzate. A queste ultime forme appunto appartiene la nevrosi che forma oggetto del nostro studio.

La forma clinica più comune che rientra nel capitolo delle « impotenze professionali » di Duchenne, è quella dello scrivano. I casi di crampo degli scrivani sono di gran lunga più comuni di tutte le altre nevrosi professionali messe insieme.

La preponderanza numerica di detto crampo è dovuta in gran parte al fatto che il numero degli scrivani sorpassa grandemente quello degli esercenti le altre professioni in cui possono svolgersi queste malattie. Ricorderemo quindi il crampo « des trayeurs » di vacche (Basedow) — dei calzolai (Clemens) — dei sarti (Locher, Balber) — dei telegrafisti (Onimus) — dei fotografi (Napias) — dei pianisti — degli arpisti — dei violinisti (Cassirer) — dei suonatori di strumento a fiato (Stadler) — il così detto crampo « de la couturière », *Nohenkrampfe,* sotto il qual nome vengono compresi tutti i crampi che colpiscono gli individui che adoperano l'ago, — dei camerieri da *restaurant* (Runge) — dei gioiellieri (Wilde) — dei timbratori di lettere (Maillard e Le Maux) — degli automobilisti (Sicard) — delle dattilografe — dei tornitori (Duchenne) — delle cucitrici a macchina (Remak) e molte altre forme che qui sarebbe troppo lungo ricordare, fino alle due ultime nevrosi professionali recentemente descritte in America sotto il nome di « Lacers'arm » o « braccio dell'allacciatrice di busti » e di « Housemaid's Knee » o « ginocchio della servente ».

Quasi in ciascuna di queste varie forme ricordate è fatta menzione anche di svariati disturbi dello stato generale, dove più, dove meno accentuati: però questi disturbi sono considerati come di secondaria importanza rispetto agli altri da cui prende nome la nevrosi.

La nevrosi delle telefoniste invece è di un tipo assai diverso, poichè in essa sono quasi esclusivi i disturbi dello stato generale.

Fino ad oggi però coloro che se ne sono occupati, non ne hanno dato una descrizione completa e caratteristica, ma si sono contentati di riferire i dati più salienti, senza individualizzarne la sindrome, come risulta dalla sintesi storica che qui riassumiamo.

Le prime osservazioni risalgono circa a un decennio fa.

Nel 1902 il Böhming curò un certo numero di telefoniste che avevano subìto gli effetti di un fulmine caduto sul filo telefonico, e altre che avevano avuto incidentalmente una scarica elettrica attraverso il corpo. Alcuni di questi casi erano interessanti perchè osservati precocemente (da tre a 70 ore dopo l'accidente), e fin d'allora presentavano il quadro tipico della nevrosi traumatica. Altri anche più interessanti, perchè osservati precedentemente dall'autore erano stati trovati sani; quindi gli consentirono di affermare che nelle telefoniste i sintomi erano realmente dovuti al trauma.

Tutti questi casi offrivano i più diversi quadri morbosi, dai più lievi e transitori disturbi della sensibilità, sino ai più gravi e più tenaci, con spiccati fenomeni generali. In nessun caso il Böhming, anche dopo anni di persistenza della nevrosi, notò fenomeni organici.

Il Bruns (1902) ritiene invece che nelle telefoniste tra i fenomeni funzionali (spesso a carattere isterico) consecutivi a colpi di fulmine, vi possono essere anche fenomeni organici, come lo dimostrò un caso da lui osservato in cui si manifestò una nevralgia unilaterale del trigemino, con caduta di denti ed altri disturbi trofici.

L'Hitzig (1902) fa notare la differenza che esiste tra un comune colpo di fulmine e il trauma telefonico, e cioè che la telefonista viene spesso colpita inaspettatamente quando il temporale si svolge a molta distanza, ed allora viene a mancare il fattore sfavorevole della paura.

Il Binswanger (1902) osserva come in questi casi abbia potuto constatare però una grossolana simulazione.

Il Böhming (1902) aggiunge che non ha mai osservato nelle telefoniste malattie nervose organiche vere e proprie, e la simulazione di cui parla il Binswanger deve interpretarsi nel senso di un'autosuggestione dovuta al fatto di aver sentito parlare di conseguenze di traumi telefonici, in modo che poi gli ammalati interpetrano i loro disturbi come conseguenza degli accidenti.

Più tardi lo stesso Böhming (1905) illustrò 9 casi di telefoniste investite da scari-

che a Dresda: in esse trovò disturbi sensitivo-sensoriali associati a sintomi paralitici e convulsivi, ad algie e a disturbi vascolari disseminati nel corpo o solo nella zona colpita, talora disturbi obbiettivi dell'udito, gusto ed olfatto. Mai *Mankopf*, nè restrizione del campo visivo.

Walbaum (1905) notò come sia difficile trovare telefoniste che non siano mai state colpite da scariche elettriche, anche talora fortissime; e poichè non tutte vanno soggette a sintomi consecutivi, ne concluse che solo le predisposte offrono un terreno adatto per la neurosi. A questo proposito è dimostrativo un caso da lui osservato, di una telefonista di 23 anni, colpita da una forte corrente elettrica per un'ora. Immediatamente dopo constatò: emianestesia sensitivo-sensoriale (sinistra), e alcuni giorni più tardi tumefazione della metà sinistra del viso, del collo, delle dita della mano dello stesso lato. Ora la paziente dodici giorni prima dell'accidente aveva avuto convulsioni a tipo isterico per dispiaceri amorosi. Lo stesso autore osservò che in genere i disturbi consecutivi agli accidenti telefonici consistevano in lipotimie, cefalee, vertigini, spasmi clonici varii, crampi alle sure, edemi alle estremità, disturbi della sensibilità spesso dal lato del corpo sottoposto alla scarica elettrica, nevralgie, fenomeni depressivi ed esauribilità cerebrale, fenomeni vasomotori, sensazioni dolorose al precordio, aritmie, paraparesi e paralisi delle corde vocali, cardiopatie. Trovò poi che l'astensione dal lavoro produceva miglioramento e scomparsa di tutti i sintomi, ma si aveva recidiva a ogni nuova ripresa del lavoro stesso.

Raebiger (1905) descrive nelle telefoniste casi di forme isteriche, nevrasteniche, ipocondriache, psicopatiche e miste.

Jellinek (1905) afferma che gli accidenti delle telefoniste si debbano (ipotesi) a piccole emorragie nella sostanza nervosa centrale.

Bernahrd (1906) ritiene che gli accidenti consecutivi all'uso del telefono non dipendono quasi mai dal passaggio attraverso il corpo d'una corrente elettrica, ma piuttosto da un eccitamento uditivo di intensità a normale. La sordità, quando esiste, non è che passeggera, e all'esame funzionale si trova una acuità uditiva normale con organo intatto.

L'A. segnala i seguenti sintomi: dolori nell'orecchio, nell'occipite, nel lato corrispondente del collo e della nuca, qualche volta anche nel braccio, nella mano e nelle dita e qualche volta anche nell'orecchio del lato opposto; iperestesia (più raramente ipo o anestesia) dei tegumenti del viso, della nuca e del petto; disturbi vasomotori consistenti in chiazze rosse sul collo e sul petto, talvolta edema delle estremità; paresi di un arto o superiore o inferiore, paresi o paralisi delle corde vocali, raramente movimenti coreiformi o atetoidi della mano e delle dita, tachicardia, perdita dell'appetito, dolore precordiale, affanno, aritmie. Come disturbi psichici, tristezza, voglia di piangere, irritabilità: insonnia, idee ipocondriache di incurabilità: in genere sintomi di nevrastenia e più raramente d'isteria. Lo stesso Autore osservò tre di tali malate affette da disturbi psichici persistenti caratterizzati da idee di persecuzione. In realtà però sembra si sia trattato di disturbi anteriori agli accidenti, e che questi non avevano fatto che renderli più appariscenti.

Il Pieraccini (1906) ha fatto un'inchiesta sulle telefoniste del comune di Firenze, tra cui sono giovani delicate e nervose. Gli unici disturbi da lui verificati furono stanchezza generale, pesantezza al capo, debole attività psichica, disturbi tutti non speciali alla professione. A produrre questi disturbi concorrerebbe il pubblico con le sue esigenze e proteste.

Il Blegwad (1907) è d'opinione che nelle telefoniste predisposte, l'uso del telefono può provocare dolori di capo e sintomi subbiettivi da parte dell'orecchio (dolori, paracusie, iperestesie uditive, ecc.), e consiglia perciò di escludere queste dal servizio telefonico.

Lo Schuster (1908), per il primo stabilisce una netta differenza tra le malattie professionali consecutive all'esercizio regolare del telefono, da quelle provocate da accidenti straordinari nel corso dell'esercizio telefonico stesso. Riguardo alla prima forma, ha notato che i disturbi della parola e dell'udito sono rari, e aggiunge che ogni nervosismo latente può essere trasformato dall'esercizio telefonico in una forma qualsiasi della malattia nervosa conclamata.

La maggioranza degli accidenti che avvengono per stimoli acustici troppo forti ed improvvisi mediante il ricevitore, e per il passaggio di scariche elettriche dai fili attraverso il corpo delle telefoniste, produce per lo più un quadro morboso a carattere isterico, la cui sindrome si localizza dal lato del corpo colpito. I fenomeni vasomotori sono assai frequenti. Come nell'i-

steria traumatica le pretese d'indennità rendono difficile la prognosi. Una volta avvenuto il miglioramento persiste una specie di ripulsione verso il telefono. L'A. consiglia anche delle misure profilattiche (disposizione dei fili sotterra, scelta di impiegate non predisposte), e come cura, la psicoterapia, l'idroterapia, il massaggio, l'elettricità, i tonici, i nervini, eventualmente la dimora in sanatori ed in campagna.

Il Thébault (1910) contrariamente all'opinione del Blegwad, il quale mette in dubbio gli accidenti nervosi per l'uso del telefono, afferma che per lo meno a Parigi il telefono è capace di creare « de toutes pièces » una nevrosi particolare, ma sopra un terreno già predisposto. Gli apparecchi oggi in uso sono, secondo l'A., difettosi, il più delle volte non funzionano o funzionano male, e gli abbonati da servire sono troppo numerosi. Ne risulta perciò un eccessivo *surmenage*, al punto, come riferisce di una sua malata, che essa non era più capace di distinguere le sue «jacks» e che situava le sue « fiches » a caso. Gran numero delle malate osservate accusavano sotto l'influenza della « friture », cioè del tintinnìo che produce l'apparecchio ricettore fissato alle loro orecchie, ronzii, cefalee spesso tenaci al punto da durare parecchi giorni e di non cessare che dopo un riposo minimo di 48 ore. Queste crisi cefaliche, molto moleste in principio, si attenuavano al punto da scomparire del tutto: si stabiliva allora una tendenza alla malinconia che si accentuava all'epoca delle regole. L'A. ha inoltre osservato crisi di una gaiezza insolita che niente giusticava. Il carattere diviene in genere irritabile; la minima cosa le scuote; talvolta invece sono assolutamente indifferenti : e ciò traducono in lacrime e riso. In alcune lo spirito si affina, diventa mordace, « pétillant »; in altre si stabilisce uno stato di confusione mentale al punto da impedire loro la comprensione delle cose più elementari; alcune alternano l'uno all'altro stato. L'appetito è capriccioso come il carattere: ora la paziente mangia senza misura, ora digiuna sotto pretesto che non ha più fame, nè ha più forza di prepararsi i pasti. In alcuni casi il più piccolo rumore le scuote intensamente, mentre un pericolo reale le lascia indifferenti. L'insonnia, la « friture », il soggiorno in ambiente chiuso e talora freddo, aggravano la cefalea prodotta dal casco. Si aggiungono non di rado parestesie dolorose alla regione cardiaca, vertigini, vomiturazione.

Le malate analizzano incessantemente le loro più minute sensazioni, e da ciò le idee fisse più assurde. In una malata vi era una vera fobia per il morbo di Bright di cui era morto suo padre.

Alcune telefoniste avevano una cura esagerata della loro persona, mentre altre se ne disinteressavano completamente in modo da giungere a trascurare le precauzioni più elementari dell'igiene. In tutti questi casi l'esame obbiettivo degli organi interni è stato sempre negativo. L'autore considera la neurosi delle telefoniste come data da fenomeni di contrasto. La terapia che consiglia come migliore è l'idroterapia (bagni tepidi prolungati), i tonici, le distrazioni, e la soppressione della causa sia temporanea che definitiva.

Il Capart (1912) ritiene che l'uso normale dell'apparecchio telefonico in un soggetto sano non produce disturbi, e che peraltro i numerosi accessori producono iperestesia, turbe nervose e cefalee (queste causate dal casco che portano in capo le telefoniste). La chiamata telefonica dell'abbonato può portare a turbe otalgiche ed a cefalee, e causare l'aggravamento di vecchie otopatie. È d'accordo con gli altri ad ammettere che la neurosi colpisce sopratutto e presto i soggetti nervosi; che tale nevrosi è caratterizzata da una irritabilità generale, con vertigini, ronzii, iperestesie per tutti i suoni, e da turbe psichiche date da tristezza, incubi, crisi di lacrime; talora esistono i segni di una grave isteria. Il Capart ritiene che sarebbe desiderabile di stabilire un esame sistematico delle orecchie e dell'udito del personale prima della sua entrata in funzione, e praticare esami periodici che permettano di eliminare i soggetti esposti a turbe nervose.

Riguardo alle otopatie che spesso sono state osservate, associate o meno alla nevrosi delle telefoniste, riferiamo in breve i risultati degli autori che se ne sono in modo speciale occupati.

Disturbi dell'orecchio si verificano generalmente in classi di lavoratori sottoposti a lungo a rumori sgradevoli (come ferrovieri, fabbri, ecc.). Il vibrare delle lamine dei ricevitori (*friture*), il suonare dei campanelli, il ronzio speciale dovuto a certi apparecchi, rappresenta in massima parte la causa dei suddetti disturbi nelle telefoniste. E precisamente essa è dovuta a rapidi cambiamenti di pressione atmosferica che, specialmente negli individui predisposti, obbligando i muscoli accomodatori dell'udito a

una continua tensione, sottomettendo la membrana del timpano a urti troppo violenti e improvvisi, può produrre sfiancamenti e perfino lacerazioni della stessa. Analogamente si verifica ciò nei suonatori di campane e negli artiglieri.

Degli autori che si sono occupati delle otopatie nelle telefoniste merita di essere ricordato il Blegwad, il quale da ricerche minuziose eseguite su 571 operaie, e con la scorta di una ricca letteratura, è venuto alle seguenti conclusioni: nel 26 per cento riscontrò in esse una retrazione della membrana del timpano; negli individui con organo uditivo sano, il telefonare non produce disturbi sul sistema nervoso; il telefonare di professione non esercita alcuna azione nociva sopra un'affezione dell'orecchio, ma questa può essere stimolata o perfino provocata dalla caduta di un fulmine sui fili o da suoni a insorgenza repentina. E perciò il Blegvad consiglia una visita accurata preventiva dell'orecchio.

In Italia il Mancioli (1906) si è occupato in modo speciale delle otopatie nelle telefoniste. Egli ha esteso le sue indagini su quattro uffici telefonici, e cioè i due di Roma (Società Romana e Cooperativa) quello di Milano e quello di Napoli. Nessuna delle telefoniste dall'A. esaminate aveva mai accusato disturbi funzionali dell'udito, nè dolore o sensibilità esagerata del padiglione. L'esame otoscopico mostrò sempre la membrana timpanica normale, tranne in tre casi dove esisteva una perforazione della menbrana stessa da pregressa suppurazione, (non per causa di servizio). L'esame funzionale mostrò invece assai di frequente una riduzione della durata di percezione osteotimpanica e diminuita facoltà uditiva per l'orologio. Da ciò il Mancioli trasse la conclusione che l'orecchio interno di gran parte delle telefoniste doveva essere affetto da una lesione non ancora ben precisabile, ma indubbiamente in rapporto col loro lavoro. Se ne aveva la prova nel fatto che tale lesione auricolare era assai più comune negli uffici ove il lavoro delle telefoniste era più intenso e gravoso.

Il Pieraccini trovò che le telefoniste possono presentare paracusie (ed anche allucicazioni auditive), infiammazioni della membrana timpanica, e talora anche delle malattie dell'apparato di percezione, emorragie, commozioni labirintiche, rottura della membrana.

Adunque, a carico del sistema nervoso, è stato riscontrato quanto segue:

1. Disturbi consecutivi all'*uso regolare del telefono* (Pieraccini, Blegwad, Capart, Thébault): dolori di capo, paracusie e iperestesie uditive, vertigini, anoressia, insonnia, (talora) sonnolenza profonda, umore variabile, idee ipocondriache. E cioè: *una forma nevrastenica a tipo cerebrale, associata a idee ipocondriache.*

2. Disturbi consecutivi a *scariche elettriche* che in alcuni casi costituivano il quadro tipico della neurosi traumatica, dai sintomi più lievi e transitori a quelli più gravi e più tenaci (Böhming). Vale a dire: disturbi sensitivo-sensoriali, sintomi paralitici o convulsivi, algie, disturbi vasomotori, e talora lipotimie, cefalee, esauribilità mentale, associati a disturbi sensitivo-sensoriali (gusto, udito, olfatto). E cioè: *una forma nevrastenica a tipo cerebrale, associata a sintomi isterici.*

3. Disturbi consecutivi a *eccitamenti uditivi forti e improvvisi* (Bernahrdt, Schuster). Vale a dire: dolori all'orecchio, all'occipite, al collo e talora nel braccio corrispondente e nell'orecchio opposto; iperestesia o ipoestesia nel viso, nella nuca e nel petto; disturbi vasomotori; monoparesi a tipo isterico; tachicardia, dolori precordiali, cardiopalmo, tristezza, irritabilità. E cioè: *una forma neurastenica a tipo cardiaco, associata a disturbi isterici.*

Riassumendo, secondo quanto è stato trovato dai vari autori sopra citati, l'uso regolare del telefono dà origine nelle telefoniste a una *forma nevrastenica cerebrale con idee ipocondriache*; le eventuali scariche elettriche, a una *forma neurastenica cerebrale con sintomi isterici;* gli eccitamenti uditivi forti e improvvisi, a una *forma neurastenica cardiaca con disturbi isterici.*

La maggior parte poi di questi stessi autori ha constatato che soltanto negli individui predisposti si ha l'insorgenza di disturbi nervosi consecutivi all'uso del telefono; mentre in quelli indenni da qualsiasi tara nervosa ereditaria o personale questi disturbi sono assai scarsi e miti, tanto che non si possono considerare come speciali alla professione esercitata.

***

In Italia mancava uno studio clinico completo circa i disturbi nervosi prodotti dall'uso del telefono; e d'altra parte le descrizioni che fanno gli autori stranieri sono frammentarie e non sistematiche così che non si riesce a formarsi una idea esatta del

quadro clinico proprio alla professione. Ora comunicando il risultato delle nostre osservazioni noi siamo partiti non dal punto di vista aprioristico che ogni professione debba avere la sua neurosi, ma da quello esclusivamente obbiettivo, con l'osservazione di casi presentatisi a noi spontaneamente, e la riunione dei sintomi in essi osservati. I quali sono stati così concordi e uniformi da consentirci, nonostante il numero relativamente non molto cospicuo dei casi studiati, di affermare l'esistenza di una sindrome nervosa propria delle telefoniste.

Riportiamo quindi le storie delle malate che abbiamo avuto occasione di studiare nell'Ambulatorio della Clinica delle Malattie Nervose diretta dal Prof. Mingazzini.

OSSERVAZIONE I. — G. . . I. . ., di 26 anni; eredità nervosa negativa. Nn abuso di vino e di liquori; nega lues. Dall'età di 15 anni mestruata regolarmente; non ha sofferto per il passato che di attacchi di cefalea diffusa, non accompagnati da disturbi endottici, auriculari nè gastrici, specialmente accentuata al mattino, e che con alternative di peggioramenti e con qualche sospensione, ha persistito fino ad oggi.

Da tre anni (1910) è impiegata come telefonista: dopo un anno circa (1912) ha cominciato a notare nuovi disturbi cerebrali, consistenti in senso di peso e di confusione al capo, di facile stanchezza al lavoro, di insonnia, talvolta di senso di oppressione toracica. A questi disturbi, dopo qualche mese, altri se ne sono aggiunti a carico dell'apparato digerente, e cioè, senso di peso all'epigastro subito dopo i pasti, di irritazione e molestia anche a stomaco vuoto, senso di prostrazione generale, vampate di caldo al viso e sonnolenza. La madre della paziente aggiunge che l'inferma è molto preoccupata del suo stato, che il suo umore è divenuto triste, che preferisce la solitudine, che ha talvolta delle crisi di pianto ingiustificate, che è divenuta impressionabile, che è dimagrita sensibilmente. Non di rado anche di notte la paziente prova un senso di mancamento di respiro, con oppressione toracica e nodo alla gola, così che è costretta di alzarsi dal letto, o di abbandonare il lavoro passeggiando per un po' di tempo per la stanza, e aprire la finestra.

Status (24 novembre 1911). — Donna in discreto stato di nutrizione, di costituzione scheletrica regolare, con pelle di colorito bruno. L'espressione del volto è triste, con la fronte e le sopracciglia spesso corrugate e con la cornea lucida, in modo da dare allo sguardo una singolare espressione di corruccio e di stanchezza.

L'esame degli organi toracici e addominali dà: una pulsazione visibile al giugolo e ai lati del collo dovuta alla diastole arteriosa. Il polso in decubito orizzontale è di 76, in posizione seduta è di 80, a corpo eretto di 88. Cuore in limiti normali, con toni netti. Lo stomaco non appare spostato nè ingrandito. Nulla a carico degli altri organi. L'esame del succo gastrico dà: acido cloridico (Günzburg), tracce; acido lattico (Huffelmann), assente. Acidità totale 0.20 per mille.

L'esame delle urine è negativo per lo zucchero, l'albume, i pigmenti ematici e biliari.

Esame nevrologico. — Oculomozione normale, così pure la motilità dei muscoli innervati dai VII e dai XII. Evidenti tremori nei muscoli periorali nell'atto di digrignare i denti. Motilità degli arti superiori e inferiori normale; forza muscolare scarsa. Fini tremori vibratori a mani protese. Achillei e rotulei pronti d'ambo i lati. Presenti i tendinei superiori, pronti gli iridei alla luce e all'accomodazione. Sensibilità tattile, termica, dolorifica e pallestesica normale.

Sensi specifici: udito normale d'ambo i lati.

Visus: 1 a D e a S. Percezione dei colori normale. Gusto e odorato buono, eguale d'ambo i lati.

Furono consigliate alla malata iniezioni di fosforo, dopo le quali essa migliorò sensibilmente. Così pure in seguito a gocce di acido cloridrico i disturbi gastrici si attenuarono sino a scomparire. Nel tempo stesso si è assentata dall'ufficio per circa sei mesi, recandosi in campagna. Ripreso servizio, dopo un mese, ha cominciato a risentire i disturbi di prima ma più miti. Non ha più vampate di rossore e calore al viso, non ha più sonnolenza, la notte dorme bene e digerisce bene.

OSSERVAZIONE II. — R. . . I. . ., di 28 anni. Eredità nervosa negativa. Non abuso di vino o di liquori; nega lues. Mestruazioni regolari, abbondanti. In coincidenza con la comparsa delle mestruazioni, cominciate a 10 anni, la paziente soffre di parestesie al vertice sotto forma di tirature che le accentuano i dolori di capo. Da otto anni è impiegata ai telefoni lavorando sette ore al giorno; per un anno ha fatto anche servizio notturno. Da circa 6 anni le parestesie cefaliche persistono anche al di fuori del periodo mestruale, e consistono in un senso di vuoto alla testa e stiramenti all'occipite. Nel tempo stesso l'umore si è andato modificando, cioè da calmo che era, è divenuto facilmente irritabile. Spesso avverte vampe di caldo al viso, più spesso ancora un senso di freddo, specie alla notte. Ha idee malinconiche, talvolta crisi di pianto, è fortemente preoccupata del suo stato e dispera dell'avvenire. Non soffre d'insonnia nè ha stati ansiosi. Nel mese annuale di licenza, la paziente afferma che sta molto meglio e che le parestesie cefaliche si attenuano; aggiunge che da qualche anno a questa parte appena applica l'apparecchio al capo, è presa da lacrimazione, sbadiglio, senso di prostrazione generale. Non si è mai lamentata di disturbi auricolari.

Status (13 gennaio 1912). — Paziente in discreto stato di nutrizione, di costituzione scheletrica regolare, con pelle e mucose pallide. L'aspetto del volto è di persona di più anni di quelli che abbia, con espressione apatica e chiusa. L'esame degli organi interni negativo. L'esame delle urine è pure negativo.

Esame neurologico. — Oculomozione normale; vivaci tremori nelle palpebre chiuse; lieve ipotonia dei muscoli inenrvati dal VII inferiore di destra nell'atto di digrignare i denti. La motilità passiva e attiva degli arti superiori e inferiori è normale. Si nota qualche movimento oscillatorio negli arti superiori protesi. I riflessi tendinei inferiori sono tutti vivaci, deboli i superiori. Iridi ben reagenti alla luce e all'accomodazione. La sensibilità tattile, termica, dolorifica, pallestesica è normale. Evidente dermografismo vaso-parali-

tico. Aumento dell'eccitabilità meccanica muscolare.

Si prescrive l'arsenico e la solanina.

Status (21 febraio 1912). — È migliorata in principio; ma omessa la cura è ricaduta in breve nei disturbi di prima. Lamenta specialmente senso si oppressione al petto, con parestesie al torace sinistro e transitorii annebbiamenti di vista. Riprende la cura.

OSSERVAZIONE III. — M. . . M. . ., di 29 anni. Eredità nervosa negativa. Non beve vino, nega lues. Mestruazioni regolari. Sin da bambina ha avuto periodi di facile impressionabilità. A circa 17 anni ha sofferto di disturbi anemici, con insonnia, cardiopalmo, leucorrea; inoltre ha sempre avuto fobie del buio e di cadere nel salire le scale. A 17 anni andò in campagna per tre mesi e migliorò dei detti disturbi. Da tre anni e mezzo è impiegata ai telefoni. Per i primi due anni non ha accusato alcun disturbo tranne una facile stanchezza generale. Poi a poco a poco cominciò ad avvertire annebbiamenti di vista, vertigini mattutine, senza paracusie nè vomito. Otto mesi fa una notte si svegliò di soprassalto accusando senso di opressione toracica, di calore al viso e tremore generalizzato: tale stato durò due ore, e la paziente stentò a riaddormentarsi. Alla mattina si sentì spossata. Dopo qualche giorno cominciò a lagnarsi di parestesie al vertice, di stati d'ambascia con senso di mancanza di respiro, talora di paracusie bilaterali. Ha fatto cure di fosforo, migliorando nella intensità e frequenza dei suoi disturbi. Ora persistono le parastesie al capo; talora alla paziente pare di avere un braccio o una gamba più debole. Specie dopo i pasti si lagna di senso di peso al capo, tanto da non poterlo (dice) reggere sul collo. Non si lagna di tachicardia nè di fenomeni vasomotori. L'umore è facilmente variabile.

Status (17 gennaio 1912). — Donna di piccola statura, di costituzione scheletrica regolare, pallida, in mediocre stato di nutrizione. Torace e addome normali. Polso 78, in decubito orizzontale; in posizione seduta 82; eretta 90. Urine negative.

Esame neurologico. — Oculomozione normale, tremori a palpebre chiuse e nei muscoli periorali nell'atto di digrignare i denti. Normali i movimenti passivi e attivi degli arti superiori e inferiori. Tremore vibratorio a mani protese. Riflessi tendinei tutti vivaci.

Sensibilità tattile e dolorifica normale.

Udito, normale. Vista, gusto, odoratato, normali.

Si consiglia alla paziente una cura arsenicale, di fosforo e solanina.

OSSERVAZIONE IV. — G. . . V. . ., di anni 28. Eredità nervosa negativa. Non abuso di vino, nè di liquori. Nega lues. All'età di 13 anni, in seguito a uno spavento, presentò fenomeni d'irritazione motoria a tipo coreico, che durarono circa un mese e che scomparvero senza alcuna cura. Le mestruazioni sono state sempre regolari per comparsa e durata. La paziente è impiegata ai telefoni da quattro anni. Per i primi tre anni non si è lamentata mai di alcun disturbo, tranne che di una facile stanchezza al lavoro. Da un anno, quasi improvvisamente e senza ragioni plausibili, la paziente ha cominciato a lagnarsi di vertigini, non accompagnate da paracusie, nè da vomito, insorgenti specialmente nelle ultime ore del lavoro, e contemporaneamente d'insonnia. Da allora poco a poco ha cominciato a dimagrire e a perdere l'appetito. Aggiunge che di tanto in tanto è presa da spiccati fenomeni vasomotori consistenti ora in brividi di freddo, ora in vampate di calore e di rossore al viso. La paziente si lamenta inoltre di un senso di malessere generale, il suo umore è divenuto triste, spesso ha delle idee ipocondriache (dice che ha i reni malati, che lo stomaco è dilatato, ecc.).

Status. (3 marzo 1912). — Donna di costituzione scheletrica regolare, in cattivo stato di nutrizione. Espressione del volto triste. Organi interni normali. All'ascoltazione del cuore si rileva soltanto un lieve soffio alla punta. Polso, 98. Urine normali.

Esame neurologico. — Oculomozione normale. Tremori nelle palpebre chiuse; facciali inferiori ipotonici; normali i movimenti passivi e attivi degli arti superiori e inferiori. Forza muscolare assai scarsa.

Dinanometro a destra: 25, a sinistra: 16.

La paziente non è capace di tenere le mani protese come nell'atto di chi giura, che per brevi istanti.

Riflessi tendinei tutti vivaci. Pupille leggermente anisocoriche, la destra maggiore della sinistra; iridi ben reagenti alla luce e all'accomodazione.

Sensibilità: notevole iperalgesia universale. Le altre forme di sensibilità generale sono normali. Normali sono anche tutti i sensi specifici; notasi soltanto una sensibile iperacusia per il fischio di Galton.

OSSERVAZIONE V. — R. . . G. . ., di anni 25. Madre emicranica. Sino dall'epoca della pubertà (sviluppata a 12 anni) la malata soffre di attacchi di cefalea che spesso coincidono con il periodo mestruale, a tipo emicranico.

Da due anni presta servizio come telefonista. Fin dal principio afferma che gli attacchi emicranici si sono fatti più frequenti, ma non più intensi, e le sopravvengono anche 3-4 volte al mese. Inoltre si lamenta di un continuo senso di confusione e ronzio alle orecchie, facile stanchezza così che di tanto in tanto è costretta a sospendere il lavoro. Dice che talora non risponde subito alle chiamate degli abbonati perchè è *distratta*. Sei mesi fa subì una scarica elettrica abbastanza intensa, e da allora sono apparsi altri disturbi: estrema impressionabilità tanto che talora, appena chiamata, trasalisce ed è presa da cardiopalmo, da stati di pallore e rossore del volto. Talora la notte si sveglia di soprassalto, in preda a spavento ed a sogni paurosi. Ha fatto per parecchi mesi cura di Ph, Fe, As, con scarso vantaggio.

Status (7 giugno 1912). — Donna in discreto stato di nutrizione, di costituzione scheletrica regolare. Espressione del viso atteggiata a una continua preoccupazione. Cornea lucida, sguardo mobile, frequente ammiccamento, respiro frequente. Negativo l'esame degli organi interni, se si eccettui una tachicardia notevole (98). Non esistono disturbi a carico dell'oculomozione, dei facciali e degli ipoglossi. Tremori palpebrali e a mani protese. Dermografismo evidentissimo. Riflessi tendinei e cutanei tutti vivaci.

Sensibilità: esiste una ipoestesia dolorifica e termica generale (specie pel freddo).

Le si consiglia una cura arsenicale e idroterapica, oltre a fosforo e solanina.

Status (1 settembre 1912). La paziente ritorna dopo due mesi di licenza, in cui si è astenuta da qualsiasi lavoro ed ha fatto la cura prescritta. La paziente è aumentata di peso di 2 chilogrammi, i tremori si sono attenuati, l'impressionabilità è diminuita. Solo gli attacchi emicranici non si sono di gran che modificati.

Si consiglia cura di belladonna, arsenico e bromuro.

OSSERVAZIONE VI. — P. . . P. . ., di anni 35. Eredità negativa: soltanto il padre è stato, pare, forte bevitore. La paziente è stata sempre bene sino all'età di 25 anni, quando senza causa apprezzabile, cominciò a lagnarsi di varii fenomeni cerebrali: cioè senso di peso, parestesie al capo, facile astenopia, e sopra tutto un accentuato cambiamento dell'umore. Essa dice che mentre prima era serena e socievole cominciò a desiderare la solitudine, avendo anche talvolta crisi di pianto. Fece una cura di Fe e As: dopo circa un anno era sensibilmente migliorata, ma non tornò più nella condizione di prima. Da otto anni presta servizio come telefonista. Per i primi due anni il lavoro non la influenzò in modo specale, poi, in seguito a un dispiacere provato per il reclamo d'un abbonato, le ripresero con intensità i disturbi sopra accennati: fobie di sbagliare, tendenza alla solitudine, di tanto in tanto periodi di ansia, oppressione alla regione cardiaca, senso di nodo alla gola, bisogno di respirare aria pura, irrequietezza, stimolo frequente di urinare, iperacusia spiccata per tutti i rumori e specialmente per il suono del campanello. Per consiglio di un medico riprese una cura arsenicale, continuando il suo lavoro. Questo stato, con alternative di peggioramenti e miglioramenti, è continuato sino a un anno fa, epoca in cui la paziente fu costretta a domandare una licenza di due mesi. Si recò in montagna ove dopo 15 giorni la paziente si sentì rinascere. Scomparvero gli stati ansiosi, le fobie, l'umore tetro, e divenne capace di camminare a lungo senza stancarsi. Ora è nuovamente in servizio da 9 mesi: da 5 mesi non fa alcuna cura. Da un mese i vecchi disturbi tendono a riacutizzarsi. La paziente è preoccupata di riammalarsi come prima, e dice che sarà costretta a desistere dall'impiego.

Status (9 ottobre 1912). Negativo, tranne i soliti tremori, l'esame del sistema nervoso. Anche gli organi interni sono sani. Urine normali. Sensi specifici normali.

Cura: belladonna, arsenico e bagni caldi.

Dopo un mese la paziente ritorna leggermente migliorata nello stato generale. I disturbi non si sono aggravati.

OSSERVAZIONE VII. — G. . . F. . . di anni 25. Madre nervosa, padre sofferente da parecchi anni d'un catarro bronchiale cronico. La paziente non ha sofferto di malattie degne di nota. Mestruata solo a 17 anni, ha avuto frequenti leucorree. A 21 anni entrò nei telefoni, e dopo pochi giorni, ebbe tali disturbi da farle credere di non poter continuare il servizio. Appena entrava nel locale, provava un senso di oppressione, fenomeni vasomotori al viso (rossore, bruciore); avvertiva spesso un senso di pulsazione all'estremità delle dita, cardiopalmo, affanno, tremito interno, offuscamento di vista. Ciò nonostante continuò il suo mestiere, e parve si andasse calmando. Dopo due mesi in seguito a un contatto elettrico, prese una forte scossa; restò come tramortita, dovette essere portata a casa, ove stette in letto per alcuni giorni in preda a uno stato di agitazione e di prostramento generale. Ottenne un mese di licenza, dopo il quale le sue condizioni migliorarono notevolmente. Riprese servizio, ma sempre con alternative di miglioramento e peggioramento. Aggiunge che è stata sempre dominata dalla paura di grave malattia, per cui s'è fatta visitare da molti medici che le hanno prescritto cure ricostituenti generali.

Attualmente accusa da un mese un notevole peggioramento: peso e confusione al capo, ambliopia, tremori, languori, insonnia, fenomeni vasomotori, inappetenza.

Esame obbiettivo. — Spiccato segno di Graefe. Tremori palpebrali e a mani protese: non esoftalmo. Riflessi tendinei assai vivaci tutti. Iperestesia universale. La provocazione del riflesso rotuleo sveglia dolore e agitazione.

È visibile una pulsazione al giugulo e all'epigastrio; evidenti ondulazioni venose trasmesse nei vasi del collo. Rumore di trottola alle giugulari. Si palpa una notevole pulsazione dell'aorta addominale. Soffio sistolico alla base. Polso 92, ritmico, eguale, ipoteso.

Cura: bagni caldi, iniezioni di cacodilato di sodio e pillole di solanina e gelsemina.

OSSERVAZIONE VII. — I. . . S. . ., di anni 27. Eredità negativa. La paziente, mestruata regolarmente, è stata sempre in buona salute. Presta servizio nei telefoni da 6 anni. Da circa otto mesi (prima non si è mai lagnata di alcun disturbo, tanto che frequentemente poteva sbrigare dei lavori soprannumerari fuori orario), va soggetta a vertigini fugaci e lievi, accompagnate talvolta da paracusie ora a D. ora a S. Queste paracusie la colpiscono di tanto in tanto al di fuori anche delle vertigini. Mai fenomeni gastrici. L'esame delle urine praticato un mese fa, è stato negativo. La paziente ha fatto cure ricostituenti senza vantaggio.

Status (1 dicembre 1912). — L'esame sia neurologico che degli organi interni è negativo.

Esame dell'udito: Rinne invertito a D. normale a S. Weber non lateralizzato; lieve ipoacusia a D., rilevata sia con l'orologio che col fischio di Galton e la voce afona.

Diagnosi otoscopica: otite media catarrale secca con lieve sclerosi tubaria a destra.

Le si prescrivono pillole di belladonna e salicilato sodico, oltre la cura dello specialista.

OSSERVAZIONE IX. — E. . . M. . . di anni 30. Eredità nervosa negativa. Sin da bambina ha avuto temperamento emotivo ed irritabile. Talvolta per futili motivi aveva crisi di tremore universale, seguite da dispnea e da pianto. Mestruazioni spesso irregolari. Da circa 6 anni è impiegata ai telefoni. Due anni fa (prima non aveva notato nessun cambiamento notevole pel suo stato) ebbe una inspiegabile crisi caratterizzata da senso di mancamento, vertigini, senso di freddo: le pareva d'essere morta, incapace di aprire gli occhi e di rispondere alle persone che l'interrogavano. Restò così per circa 2 ore, poi seguì pianto dirotto. Da allora di tanto in tanto (ogni 2-3 mesi), ha avuto crisi simili alle precedenti, ma più brevi, e meno intense, che apparivano al mattino appena sveglia: dice che nel momento in cui si accingeva ad alzarsi, si sentiva come legata al letto senza riescire a muoversi. Nel tempo

stesso avvertiva formicolii generali; poi improvvisamente dopo 10-20 minuti, riacquistava una completa padronanza di sè stessa, ma tutto il resto della giornata restava un po' agitata. Ora accusa debolezza generale, parestesie mutevoli e svariate; è facilmente esauribile, specie dopo il lavoro e eccessivamente irritabile durante il servizio, tanto da questionare spesso con gli abbonati.

Status (3 marzo 1913). — Motilità normale. Zona di iperestesia generale nella regione intermammaria.

Riflessi tendinei vivaci, cutanei deboli. Iridi reagenti. Polso 78, aritmico. Organi interni sani.

CONSIDERAZIONI EPICRITICHE.

I casi che ci è stato possibile raccogliere nell'ambulatorio della Clinica, sebbene pochi, ci consentono tuttavia di portare un modesto contributo allo studio di questa neurosi, la cui sindrome clinica è tutt'altro ancora che ben caratterizzata.

È da rilevare innanzi tutto che soltanto in tre delle storie riportate, (osservazione V, VI, VII) risulta una eredità nervosa da parte dei genitori; e cioè in una (oss. V) l'emicrania materna, in un'altra (oss. VI) l'abuso di alcoolici nel padre, e nell'altra un nervosismo generico nella madre. In tutte le altre, l'anamnesi famigliare è stata completamente negativa non solo per quanto concerneva le malattie nervose, ma pure per la sifilide o la tubercolosi. È notevole invece il fatto che quasi in tutti i nove casi esistevano precedenti nervosi personali, e cioè nel I una cefalea ad attacchi che durava da 15 anni (da ben 12 anni prima che la paziente si impiegasse nei telefoni); nel II cefalea mestruale; nel III facile impressionabilità e fobie sin da bambina; nel IV fenomeni di irritazione motoria a tipo coreico, comparsi all'età di 12 anni; nel V attacchi di emicrania, nel VI fenomeni cerebrali a tipo nevrastenico; nel IX disturbi nervosi varii pure a tipo nevrastenico.

Riguardo alla comparsa dei disturbi attuali, osserviamo che nel I, nel II e nel III, essi si sono iniziati due anni dopo l'assunzione all'impiego, nel IV dopo un anno, nel V subito all'inizio peggiorò l'emicrania preesistente, e un ulteriore peggioramento si ebbe nei disturbi generali dopo una scarica elettrica, nel VI dopo due anni in seguito a un dispiacere, nel VII subito all'inizio, nell'VIII dopo 5 anni, nel IX dopo 4 anni.

Analizzando ora la sindrome nervosa subbiettiva e obbiettiva presentata dalle nostre malate, si nota:

Che nella I dominano, subbiettivamente, disturbi a tipo nevrastenico con alterazioni dell'umore, crisi di pianto, stati ansiosi notturni, fenomeni vasomotori, a cui si associano disturbi a carico dell'apparato digerente molto evidenti sotto forma di anoressia, difficoltà della digestione, senso di peso all'epigastrio dopo i pasti. Obbiettivamente: una singolare espressione del volto atteggiato a tristezza, con corrugamento delle sopracciglia e sguardo corrucciato; tremori palpebrali e nelle mani protese; esagerazione di tutti i riflessi tendinei; labilità del polso, ipocloridia spiccata.

Nella II prevalgono, come nella I, i disturbi a carico dell'umore (tristezza, irritabilità) e i fenomeni vasomotori; mancano tuttavia gli stati ansiosi notturni. Dominano anche, come nella prima, i disturbi cerebrali a tipo nevrastenico. Obbiettivamente: l'espressione del volto è anche apatica, chiusa e triste; esistono tremori evidenti nelle palpebre e nelle mani, esagerazione dei riflessi tendinei, dermografismo, aumento dell'eccitabilità meccanica muscolare.

Nella II subiettivamente si hanno pressochè disturbi analoghi ai precedenti; ma mancano i disturbi a carico dell'apparato gastro-enterico come nella prima e si osservano gli stati ansiosi notturni che mancavano invece nella seconda. Obbiettivamente: tremori nelle palpebre, nei muscoli periorali e nella lingua, disturbi vasomotori, riflessi vivaci.

Nella IV subbiettivamente vertigini, senso di malessere, tristezza dell'umore, sopratutto idee ipocondriache (stomaco dilatato, mal di reni, ecc.). Obbiettivamente i soliti tremori nella faccia e vivacità dei riflessi tendinei.

Nella V. Subbiettivamente: disturbi a tipo nevrastenico (parestesie cefaliche, senso di stanchezza), facile esaurimento intellettuale, con aggravamento rapido ed improvviso dopo una scarica elettrica che favorì l'insorgenza di stati ansiosi notturni. Obbiettivamente: espressione accigliata, lucidità della cornea, ammiccamento frequente, lacrimazione, tremori nelle palpebre chiuse, dermografismo, iperestesia generale, tachicardia.

Nella VI. Subbiettivamente: fenomeni nevrastenici (parestesie varie, facile astenopia, cambiamento dell'umore), che si sono accentuati notevolmente dopo una emozione; iperacusie; stimolo a urinare. Obbiet-

tivamente : i consueti tremori ; riflessi tendinei vivaci.

Nella VII. Subbiettivamente : stati ansiosi, fenomeni vasomotori, insonnia, parestesie cefaliche, inappetenza. Obbiettivamente : tremori generalizzati, Graefe, dermografismo, iperestesia universale.

Nella VIII. Subiettivamente : vertigini lievi e fugaci, accompagnate talvolta da paracusie. Obbiettivamente : otite media catarrale destra (Rinne patologico a D. Weber non lateralizzato).

Nella IX. Subbiettivamente : crisi date da senso di mancamento, vertigini, fenomeni vasomotori, impossibilità di reagire a qualsiasi stimolo esteriore, di rispondere a persone che l'interrogavano, di aprire gli occhi, parestesie generali. Obbiettivamente : iperestesia della regione intermammaria, riflessi vivaci. Polso aritmico.

Facendo ora un esame dei disturbi subbiettivi e obbiettivi rilevati nelle nostre pazienti, si scorge subito la grande uniformità sintomatica dei disturbi stessi in tutti i casi osservati. I primi si riducono più o meno a fenomeni cerebrali a carattere nevrastenico (parestesie cefaliche, senso di peso e di confusione al capo, talora vertigini) ; fenomeni vasomotori (vampe di calore e di rossore al viso) ; modificazione dell'umore (tristezza, irritabilità, crisi di pianto) ; stati ansiosi prevalentemente notturni con periodi transitori di semplice ambascia diurna, talora idee ipocondriache.

I disturbi obbietivi consistono in tremori, esagerazioni dei riflessi profondi, iperalgesie, dermografismo, labilità del sistema vascolare. A ciò si aggiunge una espressione della fisionomia rilevata in diversi soggetti, atteggiata a tristezza o a corruccio. In un caso soltanto (I) abbiamo rilevato disturbi gastrici dati da una spiccata ipocloridria ; in quasi tutti gli altri esisteva una notevole anoressia.

Dall'esposizione sintetica di questo quadro rilevato, possiamo affermare che la nevrosi in discorso si può definire come una forma « *neurastenico-ipocondriaca a tipo cerebrale, associata a stati ansiosi e a disturbi vasomotori* ».

E ciò d'accordo a quanto è stato osservato in seguito all'uso regolare del telefono, da coloro che prima di noi se ne sono occupati. Noi abbiamo tuttavia trovato in più gli stati ansiosi che riteniamo debbono far parte integrante della sindrome studiata.

Riguardo all'etiologia di questa neurosi, essa deve principalmente ricercarsi nel genere stesso del lavoro, nelle cattive condizioni igieniche dei locali, nella cattiva qualità degli apparecchi, nella vibrazione dei ricevitori, nel *surmenage* prodotto, oltre che dall'orario prolungato, dalla immobilità o quasi a cui sono costrette le impiegate, dal continuo succedersi delle chiamate, dalle eventuali e non lievi scariche elettriche.

A prima vista sembrerebbe quello delle telefoniste un lavoro di non grande importanza ; peraltro perchè il lavoro sia ben fatto, occorre rapidità di mano, fissità di sguardo, continua attenzione uditiva : tutto l'organismo partecipa alla funzione. Ora si pensi che ogni signorina ha 125 abbonati circa, che in certe ore del giorno chiamano l'ufficio quasi tutti in una volta, cosicchè non v'ha per esse un secondo di riposo. Tutti i loro organi di senso sono tesi e sovraeccitati dalle voci degli utenti, dal rumore vibratorio delle lamine, dall'accendersi e spegnersi dei segnali : ciò fa comprendere come il ripetersi incessante di questi stimoli debba finire con lo scuotere anche costituzioni non eccessivamente deboli o tarate.

A tutto ciò si aggiunge una causa predisponente di gran valore, cioè la costituzione neuro-psicopatica delle pazienti : nelle nostre osservazioni infatti abiamo notato che esistevano antecedenti nervosi personali. Minore importanza avrebbe invece l'eredità nervosa, per quanto molti autori, come il Ballet, abbiano insistito sulla esistenza quasi costante di tare neuropatiche ereditarie. Un altro elemento causale è costituito dalle emozioni : numerosi sono gli esempi riportati a questo proposito. Basta ricordare i casi di Walbaum, Böhming, Bernahrd, in cui fu notata la comparsa o l'aggravamento di fenomeni nervosi preesistenti in seguito a spavento. Così nell'osservazione VI da noi riportata, in seguito a un'emozione (reclamo di un abbonato) riapparvero nella paziente disturbi nervosi che erano da tempo cessati, e in forma più grave. E ciò analogamente a quanto è stato osservato in molteplici forme di crampi professionali, come in un malato di Berger, in cui si sviluppò un crampo degli scrivani dopo una caduta nell'acqua ; in uno di Oppenheim in cui si sviluppò la stessa neurosi dopo una seduta di spiritismo.

Tenendo conto del decorso della malattia nelle nostre pazienti, possiamo concludere che la neurosi, una volta svoltasi, se non viene subito e convenientemente curata, tende ad aggravarsi. E ciò si comprende facilmente quando si pensi che gli stimoli che

hanno causato i disturbi, rinnovantisi continuamente, producono una alterazione permanente nell'equilibrio nervoso funzionale della paziente, sempre più aggravata dalle idee ipocondriache, dalla costante preoccupazione del proprio stato che poco per volta sorge ed aumenta, e che rende, come è noto, sempre più difficile la cura della nevrosi. Per conseguenza la prognosi se la malattia dura da poco tempo, è favorevole rispetto alla guarigione completa; se invece dura già da tempo e si ha innanzi a noi il quadro della neurosi conclamata, la prognosi deve esere riservata non solo per la guarigione completa, quanto per la facilità delle recidive. Un fattore importante che modifica la prognosi è la data d'insorgenza dei sintomi; poichè quando questi sono comparsi molto precocemente, rispetto all'inizio dell'impiego, le recidive non sono mai mancate, nè si è avuta la completa scomparsa di tutti i sintomi. La prognosi poi è completamente favorevole, specialmente se l'intervento è precoce, quando si possa ottenere l'allontanamento permanente dei soggetti dal loro lavoro.

***

La cura varia a seconda che debba essere rivolta a una base di deficenza o debolezza organica su cui si sia svolta la neurosi, o alla nevrosi stessa. Nel primo caso è ovvio che una terapia ricostituente bene adatta, unita a un regime dietetico, potrà togliere il substrato favorevole alle turbe nervose. Riguardo alla cura della neurosi, abbiamo visto, seguendo le malate osservate, come i preparati di ferro e arsenico siano i più giovevoli; quali calmanti dei fenomeni neurastenici, abbiamo ottenuti ottimi risultati dalla gelsemina associata alla solanina. Non crediamo troppo efficaci le cure elettriche vantate da alcuni, anche perchè con semplici cure mediche si possono ottenere notevoli miglioramenti. Ma sopra tutto la indicazione principale sta nella soppressione delle cause, cioè nell'astensione dal lavoro per un certo tempo, confortata dalla cura climatica (campagna o montagna) e dietetica.

Quanto possa essere importante la profilassi nell'evitare la produzione di questa neurosi, apparirà chiaro se si pensi come, oltre la predisposizione individuale che è il più importante fattore, valgano anche le condizioni di orario, di ambiente, di *surmenage*. Per ciò risulta quanto utile possa essere la visita medica preventiva fatta da uno specialista sopratutto per quanto riguarda il lato neurologico (*status*) e la ricerca degli antecedenti nervosi personali, che costituiscono il substrato principale per lo svolgimento della forma nervosa studiata. La visita medica, oltre che fatta preventivamente per l'accettazione del personale, dovrebbe essere periodicamente ripetuta onde fosse accertata l'eventuale insorgenza di disturbi nervosi, e cercata la causa immediata e preso il conveniente provvedimento. Ma è evidente che a questo provvedimento si deve unire la scrupolosa igiene dei locali, la *limitazione e la saggia distribuzione delle ore di lavoro*, il miglioramento degli apparecchi per evitare inconvenienti di rumori sgradevoli («friture») o di scariche elettriche, e possibilmente una limitazione nel numero degli abbonati assegnati a ogni signorina. Conveniente poi sarà il concedere al personale una licenza anche breve, ma almeno due volte all'anno. La necessità di ciò appare più evidente quando si pensi che con recente legge è stata concessa alle telefoniste l'autorizzazione al matrimonio, fatto questo che implica naturalmente da parte loro un maggior spreco di energie fisiche e di preoccupazioni morali. L'aver concesso il matrimonio alle telefoniste, non rappresenta, dal punto di vista profilattico, un grande progresso.

BIBLIOGRAFIA.

BERNHARDT. *Die Betriebsunfälle der Telephonistinnen*. Neur. Centralblatt. 1906.

BERTELSEN. *Vertigine del Kayah*. Semaine Méd., année 1905.

BEYER. *Roderbirken bei Leischlingen: Prognose und Therapie bei den Unfallneurosen der Telephon*. Comunicazione completa in Medizinischen Klinik.

BINETTI. *Crampi dei «Trayeurs des vaches»* Gazz. degli Spedali e Cliniche, luglio 1901.

BLEGWAD *U. Rh. Ueber die Einwirkung des berufsmäszingen Telephonierens auf den Organismus mit besonderer Rücksicht auf das Gesö-Teleph. (Ausführliche Veröffentlingung an anderer Stellei*. Neur-Centralbl., 1902.

BOHMING. *Hysterische Unfallserkrankungen bei Teleph. Ausführliche Veröffentlingung an anderer Stelle*. Neur-Centralbl., 1902.

BRAUNSTEIN. *Uber den Einfluss des Telephonierens auf das Gehörargan*. Arch. f. Ohrenheilk., Band 59, p. 240, 1903.

CAPART. *Neurosi delle Telefoniste*. Arch. internazionale di laringologia, 1912.

CASSIRER. *Neurosi professionali*, in *Trattato di Leyden-Klemperer*, 1909.

CRONBACH. *Die Beschäftigungsneurose der Telegraphisten*. Arch. f. Psych. XXXVII.

DONATH. *Neurosi dei pianisti e violinisti*. Budapest, Wiener Med. Wokenschr., 1902.

FORSTER. Berliner klin. Wochenschr., settembre, 1911.

JANET. *Les Névroses*. Paris, Flammarion, 1910.
KOSTER. *Zur Kenntniss der Beschäftigungsneurose*. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1898.
KRONECKER. *Comparaison entre la sensibilité du nerf et celle du téléphone*. Compt-rendu hebdom. de la Soc. de Biol., 3, 1900.
KURELLA. *Electrische Gesundheichädigungen am Telephon*. Zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Elektrotherapie und Verwandter Disziplinen der Medizinischen Elektrotechnik, Heft 5., Leipzig, 1905.
LEFÉVRE. *Contribution à l'étude de la pathogénie des névroses*. Icon. de la Salpêtr., 1908.
LÉPINAY. *Etude sur les crampes professionelles*. Icon. de la Salpêtr., 1909.
LÉVY. *Neurasténie et Névrose (et leur guérison en cure libre)*. Paris, Alcan, 1910.
MAILLARD-LE MAUX. *Dyskinésie professionnelle chez un facteur*. L'Encéphale, 1911.
MANCIOLI. *Lesioni professionali dell'udito nelle telefoniste*. Atti della Clinica otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma, 1906.
NICATI. *La Psychologie naturelle*. Schleischer, 1910.
PIERACCINI. *Patologia del lavoro*. Società editrice libraria, 1906.
RICE. *Were these inusual cases of partial paralysis of the vocal bandy caused by over-use of the thelephone*. New York Med. Journ., September 1910.
RICE. *Telephone paralysis*. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1900.
ROSKAM. *Pathogénie et traitem. des dyskinésies profes.* Ann. de la Soc. Med.-Chir. de Liege, 1899.
SCHUSTER. *Die Krankheiten der Telephonangestellen*. Handb. der Arbeiterskr., 1907.
THEBAULT. *Les nevroses des téléph.* Presse médicale, août, 1910.
TOMMASI. *Delle lesioni professionali dell'orecchio e in modo speciale di quelle degli infermieri, ferrovieri, telefonisti*. Annali di laringologia, ecc., anno V, 1904.
TOUR. *Le téléphone comme indicateur de l'excitation nerveuse*. Journ. de Physiologie et de Patolog. gén. Bd. VI, n. 4, 1904.
TSCHIRIEW. *Réponse à M. le Pr. Wedensky: Le téléphone comme indicateur, etc.* Journ. de Physiol. et Path. gén., p. 701, 1904.
WALBAUM. *Ueber funktionelle nervose Störungen bei Teleph. nach elektrischen Unfällen*. Deut. Mediz. Woch., p. 709, Jahresbericht, 1905.
WEDENSKY. *Le téléphone comme indicateur de l'excitation du nerf*. Jahresb., 1903.
WEDENSKY. *Réponse à la réponse de M. Tschiriew*. Jahresb., 1904.
WERNICKE. *Obergutachten über die Verletzung einer Telephonistin durch Starkstrom*. Monatsschr. f. Psich. und Neur., B. XVII, 1905.

Il fascicolo di settembre 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Sui processi di plastica della vagina.

(I. HOFBAUER. *Münch. Med. Wochen.*).

Numerosi processi furono proposti ed eseguiti per costruire, in mancanza della vagina, un tubo che permetta la coabitazione.

L'idea, che in vari modi s'è cercato di risolvere, consiste essenzialmente nel creare una cavità nel setto che divide il retto della vescica, e nell'epitelizzare questa nuova cavità, affinchè non abbia ad allargarsi o restringersi.

Heppner ricopriva questa cavità mediante lembi cutanei forniti di peduncolo: e secondo questo concetto operarono Credè, Flemming, Anderson; ma questi loro tentativi con lembi presi presso la vulva portarono solo alla formazione, più che ad una vagina d'un ruvido imbuto.

Bumm cercò d'ottener meglio lo scopo sdoppiando le piccole labbra con un taglio lungo il loro bordo aderente; e suturando poi sulla linea mediana il lembo di destra con quel di sinistra, veniva a tappezzare la cavità prima neoformata.

Ma anche con tal metodo occorrono in seguito dilatazioni strumentali per impedire il restringimento della neo-cavità.

Nè più felici furono i tantativi fatti ricoprendo la superficie cruenta con lembi alla Thiersch, poichè questi per la forte secrezione non attecchiscono che di rado ed il cavo si restringe continuamente.

Mackenrodt e Künstner si servirono invece che di pelle, di lembi di vagina (e d'intestino. *N. d. Tr.*) tolti ad individui operati di recente.

Ott cucì alla ferita operatoria il peritoneo parietale e cercò di mantenere aperto il cavo mediante tamponi. Ma non potè in seguito impedire che le due superfici aderissero. Lo stesso insuccesso toccò a Stöckel.

In una nuova fase entrò l'autoplastica vaginale quando si cercò di impiegarvi l'intestino. Per primo il Gersuny tagliò dalla parete anteriore dell'ampolla rettale una striscia lunga 10 cm. e con essa (senza interrompere i suoi rapporti con la vescica e col peritoneo) ricostituì mezza vagina: per l'altra metà ricorse a trapianti cutanei. Il risultato si mantenne buono: solo fu necessario applicare in seguito dei coni di ebanite, per impedire al tubo di restringersi (*Zentralbl. f. Gynäk.*, 1897-1905).

Amann pure si servì della parete anteriore dell'ampolla.

Schubert, dopo aver mobilizzato il retto previa resezione del sacro, lo resecava e lo riduceva a

vagina; mentre la porzione superiore veniva fissata e cucita ad un nuovo sfintere precedentemente preparato, ed alla cute (*Zentralbl. f. Gynäk.*, 1911, n. 28 e 1912, n. 7).

Sullo stesso principio operò V. **Franqué** (*Monatschr. f. Geburtshilfe*, 1912).

Albrecht fece qualche cosa di simile (*Zentr. f. Gyn.*, 1912, n. 8).

Egli, dopo aver preparato il solito cavo, secondo il metodo Kraske-Hochenegg isola il retto ed apre il Douglas, e tira il sigma, senza distenderlo troppo, in questa fessura peritoneale fino al preformato canal vaginale.

Reciso allora dal retto il sigma, lo fissa al neocanale, e vi impianta sopra il retto.

Più tardi recide l'impianto del sigma al retto, togliendo così la comunicazione di questo con la vagina neoformata, come s'è detto, a spese del sigma.

In tutti questi metodi però v'ha il pericolo frequente di noiose fistole, poichè s'opera su di un intestino privo di peritoneo. Ed a questo vorrebbero riparare i tentativi di Heberlin e Baldwin che per la plastica si servirono del tenue.

Come s'istende questo si recide con tutto il suo mesentere e viene portato a formar la vagina. Un'anastomosi provvede alla continuità del restante intestino. Il pezzo resecato viene portato a formare la vagina, o fissandolo alla vulva verticalmente per un suo estremo e chiudendo l'estremo superiore; o chiudendolo d'ambo i lati e fissando alla cute un punto dell'ansa stessa.

Tra questi due gruppi di metodi, che scelgono o il grosso intestino o il tenue, tentenna la scelta. Sull'operazione di Haeberlin-Baldwin s'hanno 9 pubblicazioni.

Un caso del genere, con lievi modificazioni ha operato l'autore. L'obbiezione fatta dapprima che il pericolo operatorio era sproporzionato al vantaggio che veniva ad ottenersi cade quando si sappia che in tutti i casi operati s'è avuto un buon risultato non solo immediato, ma anche funzionale. Ecco il caso operato:

« Ragazza di 22 anni, che da 4 anni soffre ogni 4 settimane dolori violenti al basso ventre e vomito. Niente di ereditario. Stato generale deperito. Genitali esterni normali. Manca invece del tutto la vagina.

L'esplorazione rettale conferma questa mancanza, e fa palpare l'utero, dal quale due cordoni grossi quanto un cannello di penna portano verso le pareti del bacino, ove si palpano le ovaia appiattite. La paziente domanda d'essere liberata dei suoi dolori, ai quali non ha giovato l'organoterapia; e desiderosa anche di poter poi contrarre matrimonio vuole essere operata pur sapendo la gravità dell'operazione.

Fatto un taglio trasversale di 4 cm. tra uretra e retto, e scollati questi due organi per la profondità di circa due falangi, fin presso l'elevatore dell'ano si tampona il cavo e si passa alla laparotomia mediana.

Si trova un utero bipartito, cioè due corpi grossi quanto una ciliegia uniti da una porzione mediana grossa mezzo dito. Legamenti rotondi bene sviluppati; ovaia normali.

Tagliati i legamenti rotondi e separato l'utero dalla vescica, si legano e tagliano le spermatiche e le uterine e si asporta l'utero. Così pian piano si raggiunge il cavo prima formato al perineo e riempito di garza.

Si reseca allora, circa 20 cm. al disopra del cieco, un tratto di tenue di circa cm. 20.

Le quattro superfici di sezione si chiudono a borsa di tabacco. Poi si fa una entero-enteroanastomosi laterale per ridare all'intestino, escluso il pezzo resecato, la sua continuità.

Il pezzo isolato resta connesso al suo mesentere.

Nel mezzo della sua periferia inferiore vien fissato un filo, che si ferma al tampone vaginale, che l'assistente tira in basso sì da piegare quest'ansa resecata a V. Al mesentere di quest'ansa si fissa il peritoneo del Douglas, poi si chiude il ventre.

L'apice del V viene ora fissato con pochi punti all'ostio vaginale, e dopo 3 giorni s'apre col Paquelin.

Decorso afebbrile, con poco meteorismo e vomito ai primi giorni.

Al 6° giorno scarica abbondante. Al 20° giorno la paziente, esce con la sua vagina che lascia comodamente entrare un dito; a 2 cm. dall'ostio si trova uno sprone, dopo il quale si penetra a sinistra per 10 cm., e quasi per altrettanto a destra, e le condizioni si mantengono inalterate dopo tre mesi, conservando la mucosa il suo carattere ».

Poche considerazioni speciali merita il caso, e poca importanza hanno le piccole modificazioni al metodo di Haeberlin. Resta a sapere se convenga impiantare l'ansa resecata verticalmente, o piuttosto fare come nel caso esposto, chiudendo l'ansa d'ambo i lati.

Nel primo caso lo stiramento del mesentere è maggiore, mentre resta forse minore il lume dell'intestino impiantato. Nell'altro resta uno sprone tra le due faccia del V che torcendo e stirando può alla fine far si che solo una di esse braccia resti a « funzionare ».

Ad ogni modo non è detta l'ultima parola sulle modalità da preferirsi, come può esser dubbio se debba usarsi il grosso o il piccolo intestino: però se i dolori mestruali costringeranno ad aprire il ventre, conviene per la plastica ricorrere al tenue.

C. SCELBA.

La gangrena del pene e dello scroto.

(COENEN e PRZEDBORSKI. *Beiträge zur klin. Chirurgie*, Bd. LXXV).

A proposito di 3 casi gangrena del pene e dello scroto osservati nella Clinica di Breslau, gli A A. fanno la statistica dei varî casi di questa malattia pubblicati nella letteratura (ne raccolgono 203 casi) e, classificandoli secondo la loro etiologia, ne fanno uno studio patogenetico, esaminando i varî fattori etiologici che spesso entrano simultaneamente in giuoco ed il loro meccanismo di azione.

Ordinariamente nel pene e nello scroto si osserva la forma umida della gangrena, poichè in quasi tutti i casi un'infezione batterica endogena od esogena concorre a determinare il processo di necrosi, se pure non ne è la causa.

Soltanto in 3 casi di gangrena senile, si è avuta la forma secca.

La gangrena umida degli organi genitali esterni per lo più è di un colorito nero chiazzato di grigio-verdastro. Vi sono però dei casi in cui il tessuto necrosato presenta una tinta biancastra; ciò si osserva sopra tutto nell'infanzia e, secondo gli autori francesi, è dovuto a linfangioite gangrenosa.

Gli A A. distinguono, dal punto di vista etiologico, i seguenti gruppi di forma di gangrena del pene e dello scroto:

1° La gangrena consecutiva ad una malattia generale: malattia infettiva, malattia del ricambio, dell'apparecchio cardio-vascolare, dei reni. L'evoluzione e l'esito della gangrena in questi casi è in dipendenza diretta con la malattia generale.

Il processo gangrenoso di solito s'arresta quando gli organi genitali esterni sono in gran parte distrutti.

2° Gangrena consecutiva ad infiltrazione urinosa. In questi casi si possono avere varî stati di saproemia e setticemia, dovuti alla decomposizione dell'urina stravasata ed alla penetrazione nella circolazione generale di sostanze tossiche o di batterî. In questi casi la mortalità è dell'8 % (1 caso di morte su 12).

3° Gangrena d'origine meccanica, chimica o termica. Alle lesioni causate dai fattori meccanici, chimici o termici si aggiunge sempre l'infezione settica esogena, la quale ha gran parte nel determinare la gravità del quadro morboso.

Di questi casi gli A A. hanno raccolti 28 dalla letteratura, con 6 morti (mortalità 21.4 %).

4° Gangrena provocata da una causa locale di natura flogistica o infettiva. L'evoluzione, le complicanze e l'esito della malattia in questi casi dipendono dallo stato generale del malato e sopratutto dalla virulenza dei germi. La virulenza dei microbi può essere così intensa e le tossine passano così prontamente in circolo, che i fenomeni generali clinicamente si impongono prima delle manifestazioni locali, così da simulare i prodromi di una malattia infettiva. Più frequentemente però i fenomeni generali seguono parallelamente i fatti locali, e il quadro clinico si aggrava rapidamente. Gli organi genitali sono enormemente edemizzati e presentano qua e là chiazze nere gangrenose e saniose. Il paziente è abbandonato in uno stato di sonnolenza, ha febbre e brividi di freddo.

Spesso questi fenomeni allarmanti cessano dopo pochi giorni; localmente si stabilisce la linea di demarcazione e, mentre si distaccano le parti gangrenate, si inizia il processo di riparazione.

I tegumenti degli organi genitali di solito presentano spiccate attività rigeneratrici: i processi di cicatrizzazione e di epitelializzazione si compiono rapidamente.

Spesso però non soltanto i tegumenti (prepuzio, pelle del pene, scroto) sono distrutti dalla necrosi, ma il testicolo, l'epididimo, il deferente, i corpi cavernosi del pene, la cute circostante delle coscie e dell'addome possono esserne colpiti. Ne risultano forti emorragie, delle volte gravi, e la formazione di fistole urinarie.

Si possono avere matastasi negli organi lontani, se i germi sono molto virulenti: ascessi in diverse regioni del corpo, pleuriti e broncopolmoniti, otiti medie suppurate, porpora cutanea, ecc.

Su 145 casi si ebbero 32 morti (22 % di mortalità).

5° Gangrena senile dovuta ad arteriosclerosi.

Dal punto di vista terapeutico, bisogna aprire e vuotare ogni raccolta purulenta e largamente cauterizzare. Nella fase di riparazione dei tessuti, si possono fare operazioni plastiche per la ricostruzione della parte. Delle volte però la retrazione cicatriziale è molto forte e non sempre si può correggere: essa può avere un'influenza sfavorevole sulla vitalità del testicolo.

p. s.

MEDICINA.

Sulla importanza dell'esame batteriologico delle urine.

(W. HALE WHITE. *The Lancet*).

I microrganismi che più comunemente si trovano nell'urina umana e provocano affezioni delle varie parti dell'apparato urinario sono i colibacilli, gli streptococchi, i gonococchi, gli stafilococchi, i pneumococchi, i protei, i bacilli di Gärtner, i bacilli del tifo e quelli tubercolari.

Molto si è discusso sul modo col quale detti microrganismi raggiungono le urine e più specialmente sulla via seguita dal *bacterium coli*, che più frequentemente degli altri si trova nell'urina.

Il fatto che nelle urine delle donne, tanto bambine che adulte, il *bacterium coli* si trova più frequentemente che negli uomini, ha fatto pensare che esso passi attraverso il perineo alla vulva, e di qui risalga per l'uretra alla vescica ed ai reni.

In verità così difficilmente potrebbe spiegarsi perchè la colibacilluria sia più frequente nelle donne gravide e non sarebbe possibile spiegarsi le affezioni renali dovute a colibacillo senza che esista contemporaneamente una cistite.

Si è pensato pertanto che oltre che per la via del perineo il colibacillo possa penetrare nell'apparato urinario passando direttamente dall'intestino alla pelvi renale. E si è anche supposto che la maggior frequenza della colibacilluria nelle donne debba attribuirsi al fatto che esse più che gli uomini vanno soggette alla costipazione intestinale, che renderebbe le pareti intestinali più permeabili ai microrganismi. Ma anche con questa ipotesi il fenomeno non si spiega completamente perchè la bacilluria delle donne costipate non è più frequente che nelle donne che non lo sieno, e non si spiegherebbe perchè nelle bambine, che non vanno soggette alla costipazione più dei bambini, la colibacilluria sia più comune.

Vi sono dei fatti che farebbero pensare che i microrganismi pervengano ai reni trasportativi dal sangue, ma d'altra parte vi sono dei casi, come quelli riferiti dal Williamson, nei quali pure esistendo una pielonefrite da *coli* il sangue era completamente sterile.

È ben saputo che le pieliti e le pielonefriti da colibacillo sono nelle gravide più frequenti a destra.

La lateralità dell'affezione è stata spiegata col fatto che l'utero gravido, specie al 5° e 6° mese, esercita una pressione sull'uretere destro. Ma con ciò non si è detto come i bacilli *coli* abbiano raggiunto la pelvi renale.

D'altra parte le pielonefriti a destra non sono esclusive delle gravide, se ne sono constatate anche negli uomini e nelle fanciulle, ed in questi casi resta oscura oltre che la via seguita dal microrganismo, la causa occasionale che ha provocato il processo.

Adunque nessuna delle ipotesi emesse spiega a sufficienza il meccanismo di penetrazione dei microrganismi nell'apparato urinario; molto probabilmente la via non è unica, essa varia a seconda dei casi e le urine possono essere inquinate dall'esterno attraverso la vulva, dall'interno per la contiguita della pelvi renale con la parete intestinale, e per la via del sangue.

Le urine di individui perfettamente sani sono in genere sterili.

In pochi casi si constatarono dei microrganismi, ma questi non erano patogeni. Essi evidentemente erano dovuti alla contaminazione del catetere, adoperato per la estrazione, attraverso la vulva o l'uretra.

Il fatto che l'urina è normalmente sterile fa acquistare molta importanza clinica all'esame batteriologico di questo liquido. Tale esame può essere utile sia per stabilire quale sia l'agente patogeneo di un'affezione locale dell'apparato urirario, sia per svelare l'agente patogeno di una infezione generale dell'organismo.

L'A. ha esaminate le urine di individui sofferenti di diverse malattie e specie di quelle dovute ad infezioni in cui non si conosce ancora l'agente patogeno, sperando di potere isolare dalle urine il microrganismo specifico, ma i risultati sono stati tutti negativi.

Nelle artriti l'urina è generalmente sterile: pure in tre sofferenti di poliartrite cronica si è potuto isolare dall'urina il *bacterium coli*, lo pneumococco, e lo stafilococco. Non bisogna però dare alcun valore assoluto a questo reperto, esso può essere solo di guida per il tentativo di cura con vaccini autogeni.

In casi di infezioni generali da stafilococco, si potette ottenere dalle urine una cultura pura di questo microrganismo, prima che l'esame del sangue desse risultato positivo e prima ancora della formazione di ascessi. E così in un caso di infezione da streptococco la diagnosi potette es-

sere stabilita solo dopo che nelle urine si constatò la presenza di streptococchi in cultura pura. L'infermo fu curato con siero antistreptococcico e guarì in breve tempo.

Maggiore interesse diagnostico ha la colibacilluria. Come si è detto il colibacillo è il microrganismo che si trova con maggiore frequenza nelle urine.

Ma nei casi d'infezione intestinale dovuti a questo ospite abituale dell'intestino la sua presenza nelle urine è stata raramente constatata.

La colibacilluria è per lo più indice rivelatore di un'affezione dell'apparato urinario; essa è quasi sempre accompagnata da altre anormalità delle urine: anche nelle forme lievi questa è torbida, un po' puzzolente e contiene tracce di albumina ed elementi del pus.

Il colibacillo è frequentemente causa di ematuria. In parecchi casi nei quali l'ematuria fu messa in rapporto a nefrite, si potette accertare che essa era causata dal *bacterium coli*; il sangue nelle urine scomparve insieme al colibacillo.

In molti pazienti d'infezione urinaria da colibacillo il dolore è accessionale e così forte che essi son creduti affetti da calcolosi renale.

L'esame con i raggi X fa escludere la presenza di calcoli in vescica, mentre invece l'esame batterioscopico delle urine svela una intensa bacilluria.

Questi ammalati trattati con vaccino autogeno, con i diuretici ed i disinfettanti vescicali guariscono completamente.

Nelle affezioni organiche del sistema nervoso centrale la cistite è sempre determinata da colibacillo.

In casi di mieliti, paraplegia, diplegia cerebrale, mielite sifilitica, sclerosi a placche l'A. ha costantemente trovato nelle urine il colibacillo.

A molti dei pazienti esaminati prima dell'esame batteriologico non era ancora stato applicato alcun catetere, riesce perciò difficile spiegarsi come il microrganismo abbia potuto raggiungere la vescica.

Nelle urine di individui affetti da peritonite tubercolare e da tifo non si è mai constatata la presenza di bacilli di Koch e di Eberth; in qualche caso si trovò il colibacillo.

La maggior parte delle affezioni dell'apparato urinario, delle gravide, che pure sono tanto frequenti, sono dovute al *bacterium coli*.

Anche nei fanciulli l'inquinamento delle urine con lo stesso bacillo è più frequente nelle femmine, ed anche in essi i processi infettivi si localizzano più comunemente a destra.

L'esame batteriologico delle urine nei bambini affetti da febbre alta, che non possa essere spiegata da un processo morboso evidente, è indispensabile, perchè nei piccoli infermi le cistiti e le pieliti s'iniziano subdolamente ed il pus compare nelle urine tardivamente, mentre il colibacillo è presente fin dall'inizio della malattia.

Le affezioni purulente dell'apparato urinario nei bambini sono accompagnate da brividi e da convulsioni, anche quando nell'urina il pus è scarso o assente, ed in tali casi perciò solo l'esame batteriologico delle urine può mettere sulla via di una esatta diagnosi.

Per la cura delle malattie dell'apparato urinario causate dal *bacterium coli* l'A. consiglia il riposo assoluto, la somministrazione di molta urotropina e l'uso di un vaccino autogeno.

La cura dovrebbe essere proseguita fino alla completa scomparsa della bacilluria, per cui è necessario l'esame periodico delle urine, che è consigliabile anche per constatare se vi sono modificazioni nei caratteri del colibacillo, nel qual caso dovrebbe anche mutarsi il vaccino.

La raccolta delle urine per l'esame batteriologico deve essere fatta con molte cautele, ed è preferibile sia per i maschi che per le femmine l'uso del catetere. Nei maschi quando fosse impossibile l'uso del catetere si può ricorrere alla raccolta diretta dell'urina, previa accurata antisepsi del ghiande e del meato urinario ed utilizzando per l'esame l'ultima porzione dell'urina.

DRAGOTTI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Bartolomeo Eustachio.

« Quae nova Eustachius invenerit nulla pene ratione enumeres adeo sunt infinita ».

HALLER.

S. Severino Marche, Prov. di Macerata, è la patria di Bartolomeo Eustachio, come risulta dal testamento di lui conservato nell'Archivio di Stato in Roma al vol. 1534: « Ego Bart. Eustachius de S. Severino diocesis Camerinensis ». Mariano suo padre fu filosofo e medico distintissimo ed ebbe due figli: Fabrizio che fu medico presso la corte dei Duchi di Urbino e Bartolomeo che assurse alla gloria di essere uno dei più grandi anatomici.

Iniziato dal padre negli studi della medicina, fin da giovanetto dimostrò grande amore per le

ricerche dell'anatomia. Fu medico nel natio loco nel 1539 ma poco vi stette poichè chiamato dal Duca di Urbino, Guid'Ubaldo, presso quella Corte, che era a quel tempo l'Atene delle Marche, vi si recò.

Nel 1547 Paolo III nominava cardinale Giulio Feltre della Rovere fratello del Duca e quando il porporato si trasferì a Roma nel 1549 volle condurre seco come medico l'Eustachio. La sua già vasta coltura, le sue profonde cognizioni anatomiche lo misero subito in vista e al disopra dei più illustri medici dell'Urbe, onde non tardò ad essere nominato membro del Collegio medico, Archiatra pontificio e insegnante di anatomia nell'Archiginnasio della Sapienza. Nel 1560 la Scuola anatomica dell'Eustachio era salita in gran fama e le sue lezioni erano frequentate da uno stuolo di italiani e stranieri. Ottenuto il permesso di potere sezionare tutti i cadaveri degli ospedali di Roma, con un sì vasto materiale potè dare ampio sfogo alle sue geniali ricerche. A giudizio del Morgagni, Haller e Cuvier nessun altro anatomico del tempo lasciò più numerose e geniali scoperte. Non vi è parte del corpo umano, non organo nel quale la sua mente indagatrice non abbia lasciato tracce con qualche osservazione. Fu il primo ad usare le iniezioni, a paragonare lo stato dei visceri nelle diverse età, a confrontare gli organi e la struttura del corpo umano con quella degli animali fondando l'anatomia comparata; nè qui si arrestò, ma studiando gli organi sani e paragonandoli con quelli alterati dalle malattie gettò le basi dell'anatomia patologica e fu precursore di Morgagni. Le vaste cognizioni anatomiche seppe applicare allo studio delle malattie, come risulta dal suo lavoro *De Multitudine*, ponendo le basi di quell'anatomismo clinico della Scuola romana che a traverso i secoli doveva avere la sua più fulgida gloria in Guido Baccelli. E ben giudicò il Portal che l'Eustachio trasse « plusieurs conseguences des ouvertures de cadavres qu'il faisoit, et par tout il donne des marques de son génie supérieur; tantôt on le voit anatomiste, et tantôt il se montre praticien éclairé mettre en exécution chez le malade la plupart des précepts qu'il déduisoit dan son amphitéatre de dissections anatomiques ».

Descrisse egli per primo la tuba o tromba che porta il suo nome; il modiolo della coclea e il tramezzo membranoso della medesima. Designò per primo i muscoli del padiglione dell'orecchio; l'estensore e il rilassatore della membrana del timpano, lo stapedio o muscolo della staffa.

Scuoprì le valvole delle vene coronarie, riconobbe le quattro vene polmonari, descrisse le arterie che sorgono dall'arco dell'aorta, corresse l'errore de' suoi tempi che l'aorta si dividesse subito in ascendente e discendente; dimostrò che l'arteria etmoidale nasce dall'oftalmica. Le anastomosi tra la vena basilica, cefalica e mediana alla piega del gomito furono da lui descritte e così quelle della vena azigos con le vene renali. Di questa vena descrisse le diramazioni, e ne descrisse lo sbocco extrapericadico nella cava. Anche dell'emiazigos dette una descrizione. Nei cavalli scuoprì il dotto toracico. Fece ricerche sui reni, capsule surrenali, capsule adipse del rene. Ripetendo l'esperimento di Berengario da Carpi con l'iniettare le arterie renali arguì come avvenga la filtrazione urinaria. Per primo disegnò le vescichette spermatiche, il muscolo costrittore della vagina e dette l'esatta figura dell'utero. Sui nervi cerebrali fece importantissime osservazioni, allargò i confini della neurologia, e l'angiologia e splancnologia furono per lui campo di numerose ricerche e scoperte molte delle quali poi altri si appropriarono. L'involucro del fegato che prende il nome da Glisson fu da Eustacchio descritto, come pure aveva osservato che il legamento del fegato è la duplicatura dal suo involucro. Il forame di Winslow era già stato descritto da lui. Alcune osservazioni fatte da Graff e da Schwammerdam sugli organi genitali femminili erano a lui ben note. Dei suoi numerosi lavori abbiamo la traduzione dal greco di Eroziano (*Erotiani graeci scriptoris vetustissimi vocum quae apud Hippacratem sunt collectio cum annotationibus B. Eustachi ejusdem libellus De Multitudine*. Venezia, Giunta, 1566).

Nè solo fu conoscitore della greca lingua ma eziandio dell'araba come può arguirsi dal fatto che F. Rodrigues il Lusitano, a quei tempi medico in Ancona, mentre ardentemente desiderava una traduzione delle opere di Avicenna affermava che nessun altro meglio dell'Eustachio avrebbe potuto farla. Il trattato *De dentibus libellus*, 1563, ove egli espone i suoi studi sulla struttura, sui vasi e sullo sviluppo nel feto di questi organi, descrivendone la varietà, onde al dire dell'Haller: « Prima haec exempla dedit plenae exquisitae et minutae anatomes ». *De renibus libellus*, 1563. Questi due trattati furono poi fusi nella raccolta: *Opuscola anatomica nempe de renum structura officio et administratione de auditus organis: officium examen de motu capitis: de vena quae azigos Graecis dicitur et de alia quae in flexa brachi comunem profundam producit*. Venezia, 1564. Andò perduta l'opera *De anatomicorum controversis*. Ma più di tutte pregevoli sono le sue celebri tavole anatomiche le quali per ben 150 anni dopo la sua morte furono invano ricercate. Volle fortuna che Lancisi, archiatra di Clemente XI, si desse a ricercare l'opera di Eustachio *De anatomicorum con-*

troversis e potè casualmente ritrovare le tavole suddette presso Paolo Andrea De Rossi, canonico della cattedrale di Urbino che per linea femminile discendeva da un Matteo Pini, discepolo e compagno di Eustachio. Quelle tavole immortali comprate da Clemente XI furono donate al Lancisi il quale le pubblicò col titolo: *Tabulae anatomicae clar. viri B. Eustachi quas e tenebris tandem vindicatas et S. D. Clementi XI P. M. munificentia dono acceptas praefatione notisque illustravit S. M. Lancisius.* Romae, 1714. Di queste tavole si fecero in Italia altre edizioni: 1717, 1728, 1740. La più splendida è l'edizione fatta a Leida da Albino. Brambilla e Morgagni dissero che se queste tavole fossero state pubblicate prima, più poco rimaneva da scuoprire a Vesalio, Paquet ed altri anatomici.

Questo gigante della scienza anatomica, quest'uomo che Lancisi chiamò miracoloso, percosso dalla infermità e dall'invidia dei competitori che nulla lasciarono intentato per denigrarlo innanzi ai suoi potenti protettori fu costretto lasciare troppo presto l'insegnamento.

Nell'esercizio della medicina ebbe in cura S. Filippo Neri e S. Carlo Borromeo. Innamorato della Scienza alla quale diede tutto sè stesso non volle servirsene come mezzo per accumulare fortune ma la ebbe come nobile e ultimo fine a sè stessa. Così visse e morì povero e al suo amico Francesco Alciati scriveva: «... sed quando tenues vires meae et humilis status disparque ac multum iactata fortuna minime patiuntur et eo modo quo caperem id exqui possim... ».

Fra gli acciacchi del male non lamentò che una sola cosa: di non potere più attendere agli studi suoi prediletti dell'anatomia alla quale aveva schiuso nuovi orizzonti.

Dove riposano le sue ossa?

Dicesi che il cardinale Giulio Feltre della Rovere erasi ammalato a Fossombrone nell'agosto 1574. Eustachio disprezzando le proprie sofferenze, l'età, la stagione, volle accorrere presso colui che era stato il suo mecenate, ma lungo il viaggio aggravatosi dovette sostare in luogo ancora ignoto ove finì i suo giorni infelici.

Questo è quanto sappiamo sulla sua morte da Gerolamo De Rossi, medico e letterato di Ravenna, che lo lasciò scritto nella storia di quella città con queste parole: « Utinam viveret nunc « vir clarissimus medicusque praestantissimus « Bart. Eustachius Sanctoseverinas magna mihi « benevolenter coniunctus qui ingenti rei medi- « cae damno superioribus annis dum arthritide « totus contractus Romae Forum Sempronii cu- « randae causa valetudinis Julii Roverii cardi- « nalis Urbinatium amplissimi Archiepiscopi « nostri cuius ipse gerebat medicum contende- « ret in itineribus obiit... ».

E così anche in lui avveravasi il detto guerrazziano:

« Sii grande e sarai infelice, ma sii uomo e sappi morire ».

Dott. NASCIMBENI FERRUCCIO.

BIBLIOGRAFIA.

HIRTL. *Anatomia Descr.*
ROVERETO. *Anatomia.*
BOCCARDO. *Enciclopedia.*
VOLLARD. *Enciclopedia Medica.*
BILANCIONI GUGLIELMO. « Picenum », Riv. illustrata marchigiana, anno VII, fasc. II.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica chirurgica della R. Università di Genova
diretta dal prof. sen. NOVARO.

Contributo alla chirurgia del cancro del retto

per il dott. prof. VITTORIO PORCILE, aiuto e libero docente.

Piacemi esporre i due casi seguenti perchè, ad onta dell'esito ultimo non favorevole, giova il primo a dimostrare come anche in circostanze gravi, quasi disperate, ancora possa un razionale intervento chirurgico non solo rendersi palliativo del male, ma completamente estirparlo; il secondo sarà un semplice contributo alla tecnica.

CASO I. — N . . . D . . ., d'anni 56, contadino, ammogliato, da Alassio.

***Ragguagli storici.* — Il paziente è macilento, di colore pallido terreo. Ha febbre continua con temperature 37°. 5, 37°. 8 il mattino, 38° 5, 39° la sera. Dall'ano faunc procidenza due masse carnose, neoplastiche: cola abbondante secrezione sanguigno-purulenta.**

Tutto il tumore è ulcerato, facilmente sanguinante in tutto il tratto raggiungibile col dito. È più spesso a destra dove è fisso profondamente alla fossa ischiatica; in avanti non ha aderenze molto intime colla prostata. Nè l'esplorazione digitale, nè la romanoscopia permettono di determinarne il limite superiore; la palpazione attraverso l'ipogastrio lo farebbe giungere all'altezza del promontorio. Non si palpano gangli, altri tumori nella pelvi.

I gangli inguinali crurali dell'uno e dell'altro lato sono invece straordinariamente ingrossati, raggiungendo alcuni anche il volume di una noce.

Diagnosi. — Carcinoma del retto con metastasi gangliari in ambedue le regioni inguinali e crurali.

Mi propongo di seguire il seguente piano operatorio:

I tempo. - Precisare con una laparotomia i limiti del tumore, i rapporti, le connessioni cogli organi vicini; sopratutto vedere se già non siano infiltrati i gangli della pelvi, i paravertebrali. Nel caso che le metastasi manchino, che il tumore sia ancora radicalmente guaribile, richiudere la ferita addominale e fare lo svuotamento delle due regioni inguinali e crurali, asportarne tutti i gangli. Successivamente passare al

II tempo. - Riaprire l'addome, separare il tratto comprendente il tumore in basso per costituire col moncone centrale sano un ano iliaco; aggredire poscia ed asportare tutto il tumore per via perineale.

Atto operativo. — I tempo - 21 marzo 1912. - La laparotomia mi conferma che il tumore sale fino all'altezza del promontorio sacro-vertebrale; mi dimostra che esso non aderisce allo scheletro, nè agli organi vicini; che non esistono gangli palpabili, nè altri tumori nel bacino.

Chiusa la breccia, svuoto dei numerosi e grossi gangli le due regioni inguinali e crurali, spingendo nel medesimo tempo la preparazione anche lungo le due arterie iliache esterne, a lato delle quali trovo pure, nel primo tratto, alcuni gangli grossi e duri.

Sutura delle ferite.

Excido intanto colla lama del termocauterio due grossi noduli neoplastici sporgenti dall'orificio anale.

* * *

I gangli asportati hanno volume da un cece ad una grossa mandorla, ad una noce. Cosa che richiama l'attenzione, oltre il volume, è il loro colorito nerastro.

All'esame dei gangli, così come all'esame dei pezzi excisi, trovasi un adeno-carcinoma a cellule cilindriche con grande abbondanza di elementi pigmentati.

Decorso postoperativo. — La ferita addominale guarisce per prima intenzione, così pure la ferita inguino-crurale a sinistra. A destra accumulo di linfa, poi rottura, ulcerazione di di un tratto della cute; ciò che ritarda di alcuni giorni la guarigione.

Intanto il paziente ha ancora febbre, specie la sera, ha frequenti emorragie rettali, minaccia di soggiacere all'anemia e alla cachessia.

Passo al II intervento.

Atto operativo. — II intervento - 13 aprile 1912. - Apertura della cavità addominale in corrispondenza della fossa iliaca sinistra. Raggiunto colla mano il tumore, misuro, colla mano stessa, al di sopra di esso un tratto, circa dieci cm., d'intestino sano e a questo limite divido il meso. Collocati poscia due robusti lacci in seta, divido anche l'intestino in due tratti: l'inferiore contenente il tumore, che incappuccio con sutura, isolo meglio e abbandono; uno superiore che fisso terminalmente alla parete addominale.

Costituito l'ano iliaco, aggredisco il tumore per la via del perineo. Circuito con taglio cutaneo l'orificio anale e chiusolo con punti sui lembi arrovesciati, amplio subito la via, resecando il coccige e procedo all'isolamento. L'isolamento a sinistra e anteriormente dall'uretra, dalla prostata non mi dà gravi difficoltà: a destra cado in una raccolta pararettale; devo excidere dalla fossa abbondante tessuto neoplastico e infiltrato. Proseguendo poi in alto, raggiungo la ripiegatura peritoneale, la apro, spingo dentro la mano, afferro l'estremo superiore del tumore; sentendo presso la sicondrosi sacro-iliaca sinistra due gangli ingrossati, distacco anche questi e asporto per il perineo tutta la massa. Nessun punto di sutura; ma solo molte striscie in garza.

* * *

Il pezzo asportato misura trentadue centimetri: dieci centimetri superiormente sono sani; la rimanente parte è tutta più o meno infiltrata dal tumore. La massa più voluminosa è nell'ampolla: più in alto il tumore ha spessore minore; in qualche tratto costituisce noduli circoscritti. Tutti sono ulcerati, d'aspetto rosso-nerastro, alcuni veramente neri: il colore nero colpisce qui come già era stato dell'aspetto delle ghiandole delle regioni inguino-crurali. Neri sono i due gangli che aderiscono alla parte alta del tumore, verso sinistra. In basso a destra una ulcerazione più vasta, più profonda corrisponde alla sede della raccolta pararettale.

Decorso postoperativo. — La febbre persiste ancora due giorni, poi cade definitivamente. L'ano iliaco funziona perfettamente. Al perineo la ferita è presto asciutta, di bel colore rosso, granuleggia bene e si restringe. Minzione spontanea, facile. Ritorna l'appetito, ritornano le forze, ma in grado leggero: persiste grave l'anemia.

Tre settimane dopo l'intervento il paziente lascia il letto.

La mattina del 7 maggio, essendo egli sceso per andare al lavandino, è colpito da ictus apoplettico, che lo rende emiplegico a destra e comatoso. Il coma persiste 36 ore, poi il paziente adagio riprende un po' di conoscenza e comincia a pronunciare parole poco intelligibili; dopo alcuni giorni comprende bene e risponde perfettamente. Persiste immutata la emiplegia.

Nei primi giorni ha perduta inconsciamente l'urina; poi ha ripresa la minzione spontanea.

Il giorno 15 maggio ritorna il sopore, che si aggrava il giorno successivo; il 17 alle ore 23 il paziente muore.

CASO II. — L... O..., d'anni 40, impiegato, celibe, da Genova.

Ragguagli storici. — Da oltre un anno stipsi ostinata, che è stata curata quale atonia o come epifonomeno di enterocolite. Ad intervalli il paziente aveva dolori addominali diffusi, talora meteorismo, coliche, fenomeni di occlusione. A calmare le sue molestie, ha fatto uso di morfina: oggi è morfinomane. Non ha requie, se non si inietta ogni giorno dieci, quindici, venti centigrammi di morfina. È estremamente pallido, magro. Essendo soggetto sifilitico, gli è stata fatta anche una cura anticeltica intensa. Al suo ingresso nella Clinica trovo, facendo l'esplorazione rettale, che un ostacolo meccanico risiede nella parte alta a spiegare tutta la fenomenologia. Coll'apice del dito ne raggiungo a pena l'estremo inferiore, che è liscio non ulcerato; nel mezzo si palpa una assai piccola apertura. La rettoscopia conferma il reperto. Non palpo gangli ingrossati, altri tumori in alcun punto. Attraverso l'ipogastrio sento colle dita, in corrispondenza del promontorio, una maggiore rilevatezza, l'estremo superiore del tumore.

Diagnosi. — Stenosi rettale neoplastica.

Atto operativo. — 15 aprile 1912. - Qui pure mi propongo di procedere in due tempi.

In un I tempo farò una laparotomia esplorativa che mi illumini sulla natura, estensione e rapporti del tumore; se è operabile, farò intanto una cecostomia temporanea, provvisoria.

In un II tempo resecherò il tumore, conservando la zona degli sfinteri e ristabilendo la canalizzazione.

I tempo - 15 aprile 1912. - Laparotomia esplorativa mediana. Trovo che una massa dura, bernoccoluta, grossa quanto un uovo di tacchino occupa il retto in corrispondenza del promontorio e della parte alta della concavità sacrale, a cui lo fissa. Una propaggine si fissa contro la sincondrosi sacroiliaca sinistra.

Non riconosco altre aderenze, non gangli, nè altri tumori.

Richiudo e faccio la cecostomia. Quando il circolo fecale sarà ben deviato, il paziente migliorato nella sua nutrizione, passerò alla cura radicale del tumore.

Decorso postoperativo. — Guarisce per prima intenzione la ferita mediana; apiressia. Per l'ano cecale fuoriesce la maggior parte delle feci; ma ad intervalli di due, tre giorni il paziente ha anche emissione di residui per l'ano naturale.

Intanto egli non cessa di lagnarsi di malessere generale, di dolori addominali e sempre reclama, la notte e il giorno, morfina. È individuo inquieto, esageratore, fornisce spesso anche dati affatto erronei, pur di giungere a carpire una iniezione calmante.

II tempo - 11 maggio 1912. - Apro la cavità addominale nella parte bassa della fossa iliaca sinistra, incidendo, anche per avere più ampia la breccia, la parte esterna del m. retto.

Raggiunto il tumore, divido un po' sopra di esso il mesosigma e poscia m'adopero ad isolare il tumore stesso dallo scheletro. La preparazione è un pò' laboriosa, ma riesce infine completa e per via ottusa. Richiudo la ferita addominale e, mutata la posizione del paziente, passo ad operare per la via del sacro. Incisione longitudinale sulla cresta del sacro, isolatamente dell'osso dalle connessioni muscolari e ligamentose, divisione trasversale del sacro fra la III e la II vertebra con un largo scalpello; ripiegamento in basso del lembo osseo, distacco anche del coccige. Aperta questa breccia, spingo in alto la mano, apro lo sfondato peritonale, completo l'isolamento del tumore e lo faccio scendere all'esterno. Reseco prima in basso, due cm. sotto il tumore e comincio a gettare un piano di sutura siero-sieroso nell' emicirconferenza posteriore, portando i punti sul moncone superiore pure due cm. sopra il livello del neoplasma. Asportato poi il tumore, completo e rafforzo la sutura tutto attorno. Pongo due drenaggi lateralmente e lascio ampiamente aperto.

***

Il pezzo asportato è lungo cm. undici, di di cui sette appartengono al tumore. Esso è come costituito di due bozze sovrapposte con uno strozzamento al punto di riunione. Colla bozza superiore sono intimamente fusi due gangli linfatici ingrossati. È molto consistente. Al taglio si presenta compatto, grigiastro: infiltra tutta la parete e si spinge nel lume che in un punto a pena darebbe passaggio ad una penna d'oca. Trovansi sulla faccia interna ulcerazioni larghe, poco profonde.

L'esame microscopico conferma la diagnosi di carcinoma.

N.B. Nei giorni precedenti l'atto operativo erano stati impartiti ordini perchè il paziente venisse ripetutamente e abbondantemente purgato; ma, subitochè io ebbi aperta la cavità addominale, constatai con mia meraviglia che tutto l'ileo era pieno di scibale: scibale palpavansi pure nel crasso a tergo dell'ostacolo Senza dubbio il paziente aveva elusa la vigilanza, sorpresa la buona fede degli infermieri e si era governato a suo capriccio. Resecato il tumore e suturata l'emicirconferenza posteriore dei due monconi rettali, io dava libera uscita, aiutandomi anche con una corrente di liquido, ai residui contenuti nel crasso: rimanevano le scibale nel tenue.

Decorso postoperativo. — Nulla d'importante nei primi due giorni. Per l'ano cecale fuoriescono solo poche feci in I giornata. In III giornata l'addome è meteorico, il paziente ha senso di ripienezza dello stomaco e vomita i liquidi ingeriti. Colla sonda estraggo un litro di liquido. Sono state fatte iniezioni di fisiostigmina: la temperatura ha oscillato fra 37°.2 e 37°.5. Nella fossa iliaca sinistra è comparso

edema e dolore circoscritto: tolgo i punti e dò esito a poco pus e ad una certa quantità di liquido acquoso torbido. Contro apertura verso il lombo sinistro, drenaggio. Rimozione e rinnovamento dei drenaggi pararettali. Ho constatato intanto che il tenue è sempre ripieno di scibale. Superata con catetere Nélaton la valvola ileocecale, spingo il liquido nel tenue, ma esso viene rimesso nella sua integrità o con poche feci. I purganti non sono tollerati.

Un'irrigazione fatta dal ceco nel colon mi dimostra che questo tratto d'intestino è libero; il liquido fuoriesce per l'ano naturale a getto intermittente e con forza, cioè sotto l'azione della volontà e degli sfinteri. Non una goccia trapela per la linea di sutura. Di contro il liquido immesso per l'ano fuoriesce con deflusso continuo per il ceco.

Dalle aperture fatte nell'addome fuoriesce successivamente solo poco liquido: rapidamente si è costituito attorno alle anse e ai drenaggi un essudato fibrinoso. I drenaggi pararettali rimangono asciutti. Persiste intanto la gastroplegia. Graduale depressione delle forze; morte il 16 maggio 1912 alle ore 21.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 14 luglio 1913.

A. Pensa. *Osservazioni sulla struttura della cellula cartilaginea.* — L'A. dimostra che nella cellula cartilaginea jalina dei mammiferi esiste simultaneamente il condrioma e l'apparato reticolare che descrisse il Bergen. Il condrioma può in casi speciali disporsi in forma di reticolo completo. L'apparato reticolare che l'A. descrisse nel 1901 rappresenterebbe appunto questo particolare atteggiamento del condrioma. Dal punto di vista morfologico tanto l'apparato reticolare descritto dall'A. quanto quello descritto dal Bergen presentano note di analogia coll'apparato reticolare interno di Golgi, trattandosi di stabilire vere e proprie analogie, mentre esistono dati per ammettere che il primo è omologo al condrioma e il secondo agli apparati reticolari che furono descritti in molti elementi non nervosi; per ammettere o escludere altre omologie d'indole più generale sono necessarie ulteriori ricerche. Nel processo di ossificazione l'A. fa notare che condrioma e reticolo del Bergen presentano ciascuno per proprio conto notevoli modificazioni. L'A tratta anche la questione dei rapporti fra il reticolo descritto dal Bergen e la centrosfera, fra il condrioma e la centrosfera stessa. Descrive inoltre il modo di comportarsi del condrioma nella mitosi.

A. Pensa. *Lo sviluppo della mandibola nell'uomo.* — L'A. tratta la questione della partecipazione della cartilagine di Meckel alla formazione della mandibola. Sarebbe soltanto in corrispondenza della sua porzione centrale che essa subisce un vero processo di ossificazione peri-endocondrale. Nella mandibola umana omologa al *dentale* dei vertebrati inferiori si possono quindi distinguere due porzioni, un *dermodentale* indipendente dalla cartilagine e un *anidentale* che si forma a spese della cartilagine stessa. Durante il processo di ossificazione si formano tre nuclei cartaginei assolutamente indipendenti dalla cartilagine del Meckel, uno per il condilo o *condiloideo*, uno in corrispondenza della porzione sinfisaria del bordo alveolare, medialmente agli incisivi mediali, o *incisivo*. Per il primo che è il più cospicuo e di più lunga durata, l'A. ha potuto seguire le modalità secondo le quali viene sostituito da osso. Si tratterebbe prima di un processo di ossificazione a tipo metaplastico e quindi, in secondo tempo, di un processo a tipo neoplastico (peri- ed endocondrale).

Spiro. *Contributo allo studio dell' istologia dell'ipofisi.* — L'A. nelle sue ricerche sul lobo posteriore dell'ipofisi, dopo aver studiato i vari elementi che lo costituiscono, connettivo e vasi, nevroglia, cellule epiteliali, elementi pigmentiferi e fibre nervose, si ferma sull'esame delle terminazioni di queste. Egli crede di poter concludere che esse non si continuano, come è creduto finora, con quelle innervanti il lobo paranervoso, ma dimostra che i due plessi sono affatto indipendenti, derivando questo secondo, a detta dell'A., dalle fibre che si distribuiscono al lobo anteriore. Non concorda poi con quegli autori che vorrebbero vedere nella porzione intermedia una formazione ependimale o sensoriale invece di una semplicemente epiteliale e ghiandolare.

A. Brugnatelli. *Contributo alla conoscenza degli infarti epatici.* — In un uomo d'anni 26, morto in seguito a trauma dell'ipocondrio destro, l'A. osservò al tavolo anatomico una peritonite fibrinosa con essudato intensamente colorato dalla bile, senza evidente rottura delle vie biliari. Nel lobo destro del fegato in vicinanza della cistifellea, si notano due focolai emorragici intraepatici, ciascuno grande come una noce, ambo infiltranti il tessuto epatico necrotizzato, e contornati da una zona di isolotti parenchimali necrotici, con alone di pigmento sanguigno in via di trasformazione. L'A. interpreta la zona necro-

tica come dovuta ad occlusione di ramuscoli interlobulari della vena porta e dell'arteria epatica per piccoli trombi da compressione o per minuti emboli secondari. Intorno alle isole necrotiche si rileva: infiltrazione adiposa, piccole emorragie con pigmento sanguigno in via di trasformazione entro i macrofagi, neoformazione di connettivo del sistema portobiliare con tendenza a diffondersi verso il focolaio necrotico, zone di atrofia da compressione e di cirrosi a focolai, neoformazione notevole di canalicoli biliari. Le alterazioni descritte si sono svolte in un periodo di quindici giorni. Notevole nella cistifellea una infiltrazione emorragica parietale e sottomucosa.

Regia Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'11 luglio 1913.

Serafini riferisce sopra un *caso di incrocio totale spino-facciale per paralisi traumatica del facciale* da lui operato. — Si tratta di un uomo di 54 anni che aveva riportato la frattura della base del cranio con paralisi del facciale di sinistra. Tre mesi dopo la lesione l'O. praticò l'incrocio totale spino-facciale. Dopo tre mesi dall'operazione incominciò a manifestarsi una certa tonicità dei muscoli del volto ed a diminuire l'asimmetria facciale.

Dopo 7 mesi comparve il primo accenno di motilità volontaria che andò poi migliorando; la reazione degenerativa da completa divenne parziale ed andò sempre più avvicinandosi alla reazione normale. Dopo 2 anni la eccitabilità faradica diretta ed indiretta si è ristabilita, il che prova senz'altro che si è ristabilita la conducibilità del nervo e che la fibra muscolare ha riacquistato la sua integrità anatomica e funzionale; l'asimmetria del volto è scomparsa e l'operato può chiudere bene l'occhio, sollevare volontariamente ed energicamente la rima boccale a sinistra e può sollevare il moncone della spalla giacchè lo sternocleido-mastoideo ed il cucullare si contraggono bene. Mancano i movimenti mimici, affettivi, sebbene si sia tentato di rieducare il paziente, ma non è improbabile che un miglioramento si possa ancora avere dal momento che in altri casi occorsero persino 5 anni prima che il definitivo buon esito si fosse affermato.

L'O. ha operato da 6 mesi un altro caso di incrocio totale spino-facciale per paralisi di origine otitica, ma finora non si ha ancora un risultato apprezzabile.

Valobra presenta un caso di *infantilismo ipofisario.* — Si tratta di un uomo di 18 anni, alto m. 1.28, il quale presenta tutti i caratteri tipici dell'infantilismo. In particolare, i genitali esterni sono di una piccolezza estrema: essi hanno appena il volume di quelli di un bambino normale di un anno. Esiste mancanza assoluta di caratteri sessuali secondari (forme - peli - voce - desiderii....). Persiste la cartilagine epifisaria delle ossa lunghe. Non mixedema cutaneo.

Questo arresto di sviluppo, anzi questa regressione dei genitali associato alla persistenza dei caratteri somatici dell'infanzia, si è iniziato all'età di 4 anni, dopo un periodo di 4 anni di sviluppo normale, con cefalee terribili accompagnate da vomito, della durata di molte settimane e ripetentesi a varii intervalli.

Le radiografie del cranio dimostrano un'enorme dilatazione della sella turcica che è occupata da un'ombra anormale, con scomparsa delle apofisi clinoidi anteriori, ed atrofia delle posteriori. L'esame del campo visivo dimostra la presenza di una classica emianopsia bitemporale con persistenza della visione centrale. Non esiste stasi papillare.

L'O. afferma che non si può dubitare del fatto che l'infantilismo sia in dipendenza della grave lesione ipofisaria, clinicamente sicura, iniziatasi all'età di quattro anni.

Inoltre rileva, nel suo caso, l'associazione di caratteri clinici dell'insufficienza tiroidea e d'insufficienza surrenale, concludendo che il complesso sintomatico presente non è dovuto solamente all'insufficienza della pituitaria, ma bensì ad un'insufficienza poliglandulare. La mancanza di azione dell'ormone pituitario non solo ha arrestato completamente lo sviluppo degli organi genitali determinando così i caratteri più salienti, ma ha prodotto anche una deviazione nello sviluppo delle altre ghiandole endocrine inducendo così il presente complesso sintomatico che è dovuto certamente ad insufficienza pluriglandulare.

Cita i casi anatomo-clinici che confermano tali vedute, le quali sono confermate in modo meraviglioso dagli esperimenti, e specialmente da quelli di Axhner, Cushing e di Ascoli e Legnani: questi ultimi, i più interessanti, presentati due anni or sono appunto al Congresso di Torino.

Pietro Sisto.

Il fascicolo di settembre 1913 della nostra **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le meningiti sifilitiche.

La puntura lombare e la citodiagnosi, la reazione di Wassermann ed i reperti istopatologici hanno portato molta luce nello studio delle meningiti sifilitiche.

Nota il Roger nel *Paris Médical* del 19 aprile 1913 che le meningi reagiscono in modo svariato al virus sifilitico, e distingue le seguenti forme:

1. Le meningiti cliniche (meningite sifilitica acuta del periodo secondario, meningite cronica terziaria, meningo-mielite).
2. Le meningiti latenti, che si rivelano solo agli esami citologici, chimici, biologici.
3. Le meningiti parasifilitiche, che sono quelle della tabe e della paralisi progressiva.
4. Le meningo-recidive terapeutiche, in seguito alla cura col salvarsan.

Le meningiti acute e subacute, dal punto di vista anatomico sono leptomeningiti con iperemia, edema, ispessimento e talora essudato della pia. Le forme croniche terziarie son caratterizzate da gomme che possono aver sede alla base come alla volta, nel chiasma e nella protuberanza, ecc. oppure da sclerosi che formano delle vere pachimeningiti.

Bisogna distinguere le forme cerebrali dalle midollari. Le forme cerebrali acute sono generalmente diffuse, le croniche sono localizzate.

Nelle forme acute l'inizio può essere repentino, ma di solito è insidioso: domina il quadro la cefalea grave, ribelle, a carattere prevalentemente notturno. Nel periodo di stato sopraggiungono le contratture, la rigidità della nuca, paresi e paralisi dei nervi cranici; incostanti il vomito, la costipazione, la bradicardia. Il liquido cefalo-rachidiano, di solito limpido e privo di fibrina, presenta linfocitosi e dà la reazione di Wassermann. Le meningiti della convessità cominciano con attacchi di epilessia jaksoniana e danno sindromi monoplegiche od emiplegiche; le meningiti della base sono caratterizzate principalmente da lesioni del III paio.

Le forme croniche con lesioni sclero-gommose si manifestano per lo più con paralisi dei nervi cranici e sopra tutto del III paio. Frequenti sono le alterazioni gravi della vista. Spesso alla paralisi dei nervi cranici si associa la paralisi contro-laterale degli arti. La puntura lombare dimostra linfocitosi.

Le meningiti diffuse sono quasi sempre delle meningo-encefaliti: in tali casi sono frequenti le forme mentali: talvolta il quadro clinico assume l'andamento della pachimeningite emorragica o quello della paralisi generale.

Le meningiti spinali presentano due forme: la meningite spinale sifilitica e la meningo-mielite. La meningite spinale, se è circoscritta a una metà del midollo, dà luogo alla sindrome di Brown-Séquard; altre volte si presenta come pachimeningite cervicale ipertrofica (morbo di Pott sifilitico).

La meningite sifilitica acuta assai spesso è cerebro-midollare; così la meningite spinale cronica per solito segue alla meningite della base.

Le ricerche di gabinetto (ipertensione, iperalbuminosi, linfocitosi del liquido cefalo-rachidiano) dimostrano la grande frequenza delle meningiti sifilitiche latenti, senza fenomenologia clinica.

Si dicono meningiti parasifilitiche quelle della tabe e della paralisi progressiva; in quest'ultima però la sintomatologia è più in rapporto con le lesioni corticali, che con quelle meningee. L'esistenza di queste meningiti è dimostrata dalla puntura lombare e dall'istopatologia.

Nella diagnosi delle meningiti sifilitiche, le sindromi meningee clinicamente nette devono essere differenziate dalle meningiti di altra natura (in esse predomina la cefalea ostinata grave e il decorso della malattia è capriccioso).

Se il quadro non somiglia a quello della meningite, (emiplegia, convulsioni, paralisi oculari, nevrite ottica, paraplegia), fa pensare a una lesione dei nervi o dei centri nervosi.

Le meningiti sifilitiche indicano la gravità della infezione luetica e non sono così sensibili alla terapia come le altre manifestazioni della malattia. P. SABELLA.

Ittero sifilitico del periodo secondario.

L'ittero si può manifestare in tutti i periodi della sifilide, ma più particolarmente nel periodo secondario. Si tratta in genere di individui che non hanno precedenti dispeptici ai quali attribuire l'origine dell'ittero, che si presenta coi caratteri di un ittero catarrale da ritenzione, con feci acoliche ed urine biliari. Di solito si manifesta qualche giorno dopo la generalizzazione della sifilide e dopo la comparsa della roseola; qualche rara volta, come nel caso

descritto dal Castaigne (*Journal des praticiens*, 3 maggio 1913), come primo fenomeno del periodo secondario.

Quest'ittero è d'origine epatica od emolitica? Gaucher e Giroux hanno descritto casi di ittero emolitico nel corso della sifilide secondaria, nei quali osservarono una evidente fragilità globulare con presenza di emazie granulose. Il Castaigne in altri due casi non ha riscontrato questi fatti. Accanto alle forme emolitiche, certamente si hanno itteri sifilitici d'origine epatobiliare.

Nel corso della sifilide secondaria si hanno delle lesioni tossiche della cellula epatica. Clinicamente si hanno i segni di un'intossicazione biliare con feci decolorate, anzi che quelli di uno stato anemico.

Oltre l'ittero emolitico e l'ittero epatico, la sifilide secondaria può dare l'ittero grave che porta rapidamente a morte: non è ben chiaro il rapporto stretto di causalità fra la sifilide e l'ittero grave.

Nel periodo terziario si possono avere forme di itteri accompagnati da una sindrome d'ostruzione biliare: si tratta di epatiti gommose e sclerotiche.

Delle volte si ha la malattia di Hanot d'orine luetica. In altri casi, alla sifilide terziaria si associano altre cause morbose: alcoolismo, tubercolosi, asistolia.

Bisogna in questi casi escludere che si tratti di ittero causato dalla cura antisifilitica: i sali mercuriali, e sopra tutto il salvarsan possono provocare un ittero tossico nei soggetti sifilitici. Più spesso il salvarsan fa sparire rapidamente l'ittero sifilitico. In un ittero sifilitico il trattamento specifico provoca un'accentuazione dell'ittero stesso, seguito subito dal miglioramento e dalla guarigione. Si ritiene si tratti di una specie di reazione biliare di Herzheimer.

In questi casi non si deve pertanto esitare ad intraprendere una cura specifica intensiva.

P. SABELLA.

Sindrome di Hanot e sifilide.

È nota l'importanza che di giorno in giorno va acquistando la sifilide tra le cause capaci di determinare sindromi e regioni epatiche finora non ritenute come specifiche.

Da tempo il fegato cordato era considerato come notoriamente sifilitico, Debove in questi ultimi anni ha mostrato dei malati i quali presentavano una *cirrosi venosa con ascite*, circolazione collaterale, fegato piccolo e che in realtà erano dei sifilitici, sui quali, purchè l'intervento non fosse troppo tardivo, si poteva portare qualche utilità; dopo la tesi inaugurale di Ballou, il quale ha riunito varî casi di tal genere si devono aggiungere al fegato cordato alcune delle epatiti con sindrome di cirrosi atrofica di Laennec. Meno conosciute erano finora le *sindromi di Hanot di origine sifilitica.*

Castaigne ne presenta due tipici casi. Uno è un uomo di 34 anni, che aveva avuto, tre anno dopo aver contratto un'ulcera sifilitica, una paralisi del braccio destro ed afasia transitoria. Curato con iniezioni di olio grigio e con joduro sopravvennero poco dopo fenomeni epatici: la sindrome si poteva riassumere: epatite cronica o cirrosi cronica con ittero, o sindrome di Hanot. Nella tesi di Lereboullet non è ancora citata la sifilide come causa di morbo di Hanot, ma quest'ultimo avea già descritto con nome di epatite sifilitica con ittero dei casi analoghi a quelli sifiilitica con ittero dei casi analoghi a quelli presentat dal Castaigne: grosso fegato, grossa milza, ittero cronico, miglioramento con la cura mercuriale. Uno dei casi di Hanot fu seguito da autopsia e si poterono constatare lesioni tipiche da sifilide.

Fegato sifilitico all'autopsia si potè pure constatare in un caso di Leroux nel quale si era osservata in vita la sindrome di Hanot.

Dugnet ha presentato un'osservazione simile.

Caltaigne ha già avuto l'occasione di vederne altri tre casi tipici. Ma non in tutte le sindromi di Hanot sarà dato di rintracciare nell'etiologia l'infezione sifilitica, questa occupa un posto importante e dà il diritto di tentare la cura specifica in ogni sindrome di Hanot, però si deve ricordare che ad una serie di altre cause svariate è da imputarsi l'affezione epatica.

Se la cura interviene a tempo, muta la prognosi della malattia di Hanot, quando la causa sia la sifilide.

Quando però l'intervento sia tardivo, il pronostico è sempre grave: in un malato di Castaigne che da più anni è itterico e che presenta obbiettivamente le note delal sindrome di Hanot forse si può avere un certo miglioramento, ma la prognosi deve rimanere molto riservata.

Se poi l'alcoolismo v'è aggiunto, come fattore che ha facilitato la lesione del fegato, bisognerà tener conto di esso, sopprimere le bevande alcooliche e istituire la cura antisifilitica. *t. p.*

(*Journ. des Pratic.*, n. 27, 1913).

La poliartrite acuta luetica in uno stadio tardivo della sifilide.

I fenomeni articolari della sifilide sono noti da lungo tempo, però la massima parte dei medici quasi mai pensa a tale etiologia in affezioni articolari quando sopravvengono a periodo inol-

trato della malattia, sopratutto se rivestono il carattere acuto. È merito dell'Huzar di aver richiamato l'attenzione sulla forma acuta articolare della sifilide tardiva riportandone tre casi.

La malattia ha molta rassomiglianza col reumatismo articolare acuto: l'inizio della malattia è sopratutto a carico delle ginocchia. L'articolazione si tumefà, diventa fortemente sensibile alla pressione: i tessuti periarticolari sono più o meno tumefatti, la cute è arrossata: poi la malattia si estende alle altre articolazioni e sopratutto al gomito, al polso, alle articolazioni delle dita ed all'articolazione sterno-clavicolare.

La curva della temperatura non presenta un tipo ben definito: per lo più è intermittente e può arrivare fino a 40°. Spesso esistono delle intermittenze di giorni: poi si verificano di nuovo elevazioni termiche. I processi articolari non hanno mai esito in suppurazione. I fenomeni scompariscono rapidamente in seguito al trattamento specifico. Se la malattia è passata allo stato cronico si ha una vera artrite deformante in cui qualunque terapia riesce inefficace. È probabile che molti casi di artrite deformante anche monoarticolare abbiano tale etiologia.

I criteri che fanno distinguere un tale processo da un reumatismo articolare acuto, sono anzitutto l'integrità dell'endocardio, nonostante il processo continui per anni, le esacerbazioni notturne dei dolori, la tendenza a passare allo stato cronico, la reazione di Wassermann e la efficacia della cura specifica.

L'Huzar consiglia sempre di tentare la cura antiluetica in un'affezione articolare acuta che ha resistito agli altri rimedi. Dal punto di vista terapeutico si deve tentare il mercurio associato allo ioduro e nel caso d'insuccesso ricorrere al salvarsan. P. A.

(*Wiener klin. Woch.*, n. 33, 1913).

TERAPIA.

La terapia della psoriasi.

Le conoscenze sulla patogenesi e sull'etiologia della psoriasi sono molto limitate e si comprende perciò che la cura razionale non esiste. Accennerò solo che oggi due teorie patogenetiche si competono il campo: la parassitaria e la diatesica. In questo secondo caso si tratterebbe d'una intossicazione di natura ignota.

Qualunque sia la vera, riferirò i capisaldi di una buona terapia da applicarsi in ogni caso, desumendoli da una nota del Gougerot (*Progrès Méd.*, n. 23, 1913).

La terapia interna si è vista esser sempre efficace; la cura varierà però a seconda della costituzione del malato: artitrico, gottoso, nervoso o dispeptico. In tutti i casi sarà utile un esercizio moderato, all'uopo di attivare la circolazione e di provocare una leggera traspirazione; anche il regime latteo-vegetariano è sempre opportuno. Dei medicamenti l'unico attivo è l'arsenico, specialmente nelle forme torpide in cui è necessario sostenere la nutrizione generale. La tiroidina si è dimostrata utile in quei casi che si accompagnano a reumatismo articolare cronico, complicazione così frequente nel corso della psoriasi.

La cura locale varierà a seconda dell'intensità e dell'estensione più o meno grande dell'eruzione e e secondo la varietà morfologica e specialmente secondo l'integrità maggiore e minore degli emuntori.

Nei casi di psoriasi generalizzata con iperemia intensa non bisogna ricorrere ad una terapia attiva, ma bisogna contentarsi dell'ossido di zinco e dei bagni di amido. Nei casi non avanzati è opportuno praticare delle unzioni con una pomata leggera all'olio di cade, secondo questa formula:

Olio di cade	a parti uguali
Ossido di zinco. . . .	
Talco.	
Olio di mandorle dolci	

Se questa applicazione è bene tollerata si ricorre alla formula di Gaucher, di cui ecco la formula:

Solfo	aagm. uno
Canfora	
Acido salicilico	
Olio di cade inodoro	gm. 10
Ossido di zinco	» 20
Vaselina	» 30

Questa si può considerare come la migliore formula di applicazione dell'olio di cade, perchè, oltre e non esporre all'acne, non ha un odore penetrante e disgustoso. Il paziente si ungerà ogni sera indossando nella notte biancheria che cambierà solo una volta la settimana. Al mattino farà un bagno saponato a 38° versando nella vasca la seguente emulsione:

Olio di cade	gm. 100
Sapone nero	» 30
Acqua q. b. per	» 500

ovvero:

Olio di cade	gm. 100
Torlo d'uovo	n. 2
Estratto fluido di Panama	gm. 20
Acqua fino a	» 500

Il malato resterà nel bagno da mezz'ora a tre quarti d'ora.

Dopo una o due settimane non tarderà a notarsi il miglioramento: allora si potranno aumen-

tare le dosi di olio di cade nel bagno se le alterazioni sono più diffuse, nella pomata se son più circoscritte.

Per aumentare l'effetto del bagno e se non esistono alterazioni renali si può aggiungere nella soluzione da metter nell'acqua del bagno un grammo di crisarobina, nei giorni consecutivi se ne può aumentare la dose, senza però oltrepassare i cinque grammi. Questi bagni non devono essere praticati più di due o tre volte per settimana.

La crisarobina può applicarsi pure in pomata, purchè le superfici malate non siano molto estese, al massimo come una mano: la formula è la seguente:

Acido salicilico	gm. 10
Crisarobina	aagm. 25
Catrame vegetale . .	
Sapone verde	aagm. 25
Vaselina	

Quando la malattia è in via di regressione è utile sospender bagni e pomate ed adoperare piuttosto la traumaticina alla crisarobina, che si applica nel seguente modo: dopo aver distaccato la squama della placca di psoriasi e dopo lavato col sapone ed asciugato si bagna la placca colla seguente soluzione: Acido crisofanico 5 grammi, etere 45 cmc. Dopo che l'etere è evaporato si applica collo stesso procedimento la seguente: soluzione: guttaperca 5 grammi, cloroformio 45 cmc. Queste applicazioni si possono ripetere ogni due o tregiorni.

Nelle forme diffuse è più opportuna la seguente soluzione:

Olio di cade puro	gm. 10
Collodion all'acetone anidro .	» 20

Nella psoriasi del cuoio capelluto non si adopererà mai la crisarobina per la vicinanza degli occhi e perchè decolora i capelli.

P. A.

La terapia elettrica del rinofima.

Il rinofima o acne ipertrofico del naso, dal punto di vista istologico, è un poliadenoma sebaceo con pachidermia. Il punto di partenza della malattia si ha nelle glandole sebacee del naso; per lo più si inizia sotto forma di acne rosacea che, a poco a poco, si trasforma in acne ipertrofica, che aumentando lentamente di volume finisce per dare a parte o a tutta la sostanza carnosa del naso proporzioni e deformità tali da costituire veri stati di infermità.

La cura più abituale del rinofima è stato finora il trattamento chirurgico, che richiede la anestesia generale e provoca abbondanti emorragie.

Molto più semplice, più rapida, ed assolutamente priva di inconvenienti, e nello stesso tempo più brillante nei risultati è la distruzione elettrolitica delle parti ipertrofiche e deformi del naso, che l'A. pratica col metodo bipolare a tre aghi. Si introducono nella massa carnosa da cauterizzare, i tre aghi di platino iridato, parallelamente tra loro, e a 2 mm. circa di distanza dal piano della futura cicatrice: l'ago mediano si mette in rapporto col polo positivo, i due laterali col polo negativo. Si può precedentemente anestetizzare mediante un'iniezione di cocaina ed adrenalina. Si lascia passare la corrente a grado a grado fino a 40 milliampères; l'applicazione sarà sufficiente quando i tessuti avranno preso una tinta grigia fra gli aghi. Allora si riporta a zero la corrente e poi si ritirano gli aghi. Dentro 15 giorni, l'escara così prodotta sarà caduta.

Dopo la distruzione dei grossi lobi del rinofima mediante l'elettrolisi, possono rimanere piccole prominenze e nodi che nuocciono alla perfezione del risultato estetico. L'Autore completa allora il trattamento elettrico mediante la diatermia in 2-3 secondi di applicazione per ogni nodo residuo.

I risultati ottenuti dall'Autore sono veramente sorprendenti. P. SABELLA.

(*La Presse Médicale*, 12 luglio 1913).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(153). *Mezzi agalattogeni.* — Le sarò grato se vorrà rispondere al quesito: Quale mezzo efficace per far sparire il latte di una donna che non allatta da due mesi, e ch'è tormentata da un'infinità di ascessi?

Mentre il chirurgo ne apre uno, spunta già un altro, e dopo il pus, dall'apertura vien fuori latte puro e abbondante. E' inutile dire che non è possibile ricorrere alle compressioni per la dolorabilità enorme della parte.

O. C., San Vincenzo La Corte.

Per far cessare la secrezione lattea non abbiamo dei mezzi medicamentosi che da soli ottengano lo scopo. Si può tentare la somministrazione di purganti salini leggeri e continuati, sali di Montecatini, acqua di Montecatini, cremortartaro e qualche dose di joduro di potassio per qualche giorno (1 grammo *pro die*).

Esistono in commercio dei prodotti speciali, ad esempio le pillole lattifughe del dottor Tosi, fabbricate da Manzoni, però non saprei con quanta speranza di successo si possano consigliare. L'unico mezzo che dà sicuri risultati è la compressione delle mammelle, praticata con il si-

stema di una fasciatura ben fatta, e associata o meno ai mezzi interni sopradetti.

Nel caso speciale le compressione non è possibile per la eccessiva dolorabilità della parte, su cui si verificano ascessi a ripetizione; però è evidente che questi ascessi o vengono prodotti da infezioni che si succedono, o sono mantenuti da un focolaio; nell'un caso e nell'altro non sarà difficile eliminare le suppurazioni o aggredendo profondamente il possibile focolaio interno, o con una efficace protezione della parte. Cessata in breve la formazione di pus, e perciò il dolore, la compressione farà cessare la secrezione lattea.

f. b. l.

(154) *Sull'uso della lampada di quarzo.* — Nel fascicolo n. 28 u. s., ho letto la recensione fatta per la monografia di Franz Nagelschmidt sulla fototerapia della caduta dei capelli. Desidererei conoscere se esiste la traduzione italiana o francese e presso quale Casa.

Nalla negativa desidero almeno qualche cenno ma completo sulla lampada di quarzo di Kromayer modificata essendo il mezzo della cura usata: mezzo che viene anche consigliato nella risposta data ad un abbonato nel n. 30 del *Policlinico*.

Niscemi. Vecchio abbonato.

Pregherei questa Redazione se potesse favorirmi qualche indicazione di pubblicazioni riguardanti le indicazioni dell'uso della lampada quarzo.

Abbonato 7826, Messina.

La traduzione italiana o francese della monografia di Nagelschmidt non esiste.

Quanto alla tecnica dell'uso della Quarz-lampe per la cura delle alopecie, sarebbe utile consultare la suddetta monografia.

Ci sono anche molte altre pubblicazioni, specialmente di autori tedeschi, sulle esperienze con la lampada di quarzo.

La descrizione del metodo per usare questo presidio terapeutico è impossibile in questa rubrica, perchè richiederebbe molto spazio, un lungo, dettagliato articolo.

Fornitrice della lampada raccomandata dal Nagelschmidt è la « Quarz-lampengesellschaft » in Hanau (Germania). Anche parecchie altre case fabbricano lampade di quarzo, p. e. la « Sanitas » di Berlino, « Reiniger », Gebbert, « Schall » di Erlangen, ecc. Nei cataloghi di queste case troverà anche la descrizione della tecnica, le indicazioni, un registro delle pubblicazioni su questo argomento.

J. U.

Nella risposta al quesito n. 144 comparsa sul fasc. 35, pag. 1272, doveva dirsi « sarà bene... far praticare una visita... in rapporto sia alle condizioni generali ecc. » e non « alle condizioni genitali ».

VARIA

Deve il tubercoloso conoscere la sua malattia? — Il medico molto spesso ha timore di comunicare ai suoi malati la diagnosi di tubercolosi, giacchè si pensa che la preoccupazione di essere colpiti da tale malattia possa esercitare un'influenza dannosa sul decorso di essa, sia perchè i pazienti ricorerrebbero a tutti i metodi empirici per guarire rapidamente danneggiando spesso le loro condizioni ed in linea generale perchè è sempre doloroso comunicare una condanna al nostro paziente.

D'altra parte è impossibile tener celate le diagnosi ed obbligare il paziente ad una cura scrupolosa e sopratutto ad una igiene accurata senza parlare francamente e a qualunque malato alla fine non si può parlare per vari mesi d'influenza o di pleurite. Tacendo al paziente il pericolo del contagio noi favoriremmo la trasmissione della malattia.

Quindi oggi giorno in cui il concetto della guaribilità della tubercolosi va sempre più facendosi strada è dovere del medico comunicare coi dovuti riguardi al paziente la natura della sua malattia piuttosto che essere costretto a farlo quando altri membri della sua famiglia ne sarebbero colpiti. Bisogna poi considerare che il tubercoloso depresso nei primi momenti poi ha tendenza ad un ottimismo morboso, quindi il conoscere la malattia non potrà determinarlo al suicidio. Regola generale: comunicare al tubercoloso la natura della malattia alimentando con ogni nostro potere la fiducia nella guarigione. (*Wien. Klin. Woch.*) n. 35.

P. A.

I suicidi al sublimato. — Quasi giornalmente la cronaca delle grandi città registra uno o più suicidi al sublimato.

È certo che la maggior parte degli infelici i quali ricorrono a questo mezzo per chiudere la loro esistenza ignorano come poche sofferenze siano più terribili di quelle procurate dal sublimato.

Questo corrode i visceri della digestione, procurando dolori atroci, terrificanti.

Se il medico interviene a tempo per impedire una morte sollecita, egli non riesce però sempre ad evitare che la morte sopravvenga dopo una agonia di molti giorni.

Se grazie ad un intervento efficace le gravi lesioni prodotte da dosi letali di sublimato guariscono, la riparazione difficilmente risulta integrale; perciò residuano dispepsie che possono durare per anni e rendono la vita infelice.

Venendo assorbito, il mercurio si elimina pei reni danneggiandoli e talvolta rovinandoli, ciò che aggrava le sofferenze.

Le pasticche di sublimato in vendita presso le farmacie sono generalmente povere di sublimato, talvolta ne sono poverissime. Riteniamo che ciò abbia il lodevole scopo di evitare gli esiti letali degli avvelenamenti. Esse uccidono più difficilmente; ma non di rado lasciano semi-vivi.

Probabilmente qualora questi fatti venissero divulgati, molti infelici si asterrebbero dal ricorrere al terribile veleno. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Manuel des maladies de le nutrition, sotto la direzione di DEBOVE, ACHARD e CASTAIGNE. Editeurs Masson et C.ie. Paris. Fr. 20.

È un grosso volume di 1073 pagine con figure dimostrative intercalate nel testo, redatto con la collaborazione dei più noti e competenti tra gli studiosi francesi.

Precede un capitolo sui reumatismi a cura del Rathery, e l'argomento che non ha trovato ancora il suo posto definitivo nella classificazione delle malattie è svolto con larghezza di vedute e con quella precisione relativa concessa dalle conoscenze attuali sull'ancora oscuro argomento.

Il Rathery stesso si occupa delle vere malattie della nutrizione, obesità, gotta, diabete; il migliore elogio sta nell'aver saputo conciliare tutto lo straordinario lusso della parte scientifica, con gli scopi pratici che ogni libro di patologia si deve preporre.

Quasi in appendice sono trattati l'artritismo, il rachitismo e l'osteomalacia (Babonneix).

Quegli stati morbosi che il nodo principale clinico hanno nel disturbo nutritivo, ma di cui la causa è nota, costituiscono la terza parte del volume: alcoolismo, saturnismo, idrargirismo, arsenicismo, fosforismo, sulfocarbonismo, tabagismo, intossicazione da oppio, cocainismo, intossicazioni alimentari, pellagra, scorbuto, malattia di Barlow avvelenamenti, redatti da Castaigne e Gy, è la parte che gli autori denominano intossicazioni, sebbene a noi sembri che qualche capitolo ingiustamente sia incluso sotto la medesima denominazione. Lo svolgimento a ogni modo è magistrale e il libro sarà utile e come manuale di studio e di riscontro oltre che per gli studiosi per i medici pratici. *t. p.*

L. BROWN. **Principii di Fisiologia applicati alla Terapia.** 1 vol. in-12° di pag. 481. Padova, Fratelli Drucker, 1913. Lire 5.

Dobbiamo esser grati al dott. Corletto, in quanto che egli consente al pubblico medico italiano di leggere ed apprezzare questo interessante lavoro, il quale è concepito in uno spirito nuovo e pratico.

Esso tende a lumeggiare le azioni terapeutiche avvalendosi dei risultati delle indagini fisiologiche.

Naturalmente l'A. va incontro a gravi difficoltà: nella sua correttezza egli non esita a dichiarare che insegna oggi molte nozioni in modo opposto a dieci anni or sono e riconosce che la fisiologia « può venire in aiuto alla medicina solo con modestia discreta e serbandosi lontana da ogni prescrizione dommatica »; ma nello insieme le nostre cognizioni divengono sempre più precise, definite, sicure.

Il lavoro è scritto lucidamente e raccoglie molte indicazioni terapeutiche eccellenti. I capitoli sulla cura dei disordini gastrici e sulle intossicazioni intestinali sono specialmente riusciti.

Il lavoro è corredato di una buona bibliografia inglese. I. T.

L. LANDOIS. **Lehrbuch der Physiologie des Menschen, mit besonderer Berüchsichtigung der praktischen Medizin.** 13ª ediz. Vol. III, in-8° gr., di pag. 964, con 193 incis. e 1 tav. a colori. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1913. M. 9; rilegato M. 10.

Ci siamo già occupati del I volume di questa classica opera.

Il II volume svolge la fisiologia dell'apparato locomotore, quella del sistema nervoso e quella dello sviluppo embrionale.

L'opera del Landois, riveduta e aggiornata dal Rosemann, è indispensabile a tutti gli studiosi di fisiologia ed utile ai medici colti poichè redatta con speciale riguardo ai bisogni della medicina pratica.

Il lavoro è corredato di un indice molto dettagliato per materia.

R. B.

M. LUCIEN e J. PARISOT. **Glandes surrénales et organes cromaffines.** Soc. d'édit. scientif. et méd. Paris. Fr. 9.

Gli AA. in un elegante volume studiano a fondo dal punto di vista anatomico fisiologico e patologico le questioni che riguardano le glandule surrenali e gli organi cromaffini.

È uno dei primi libri in cui la questione già discussa e ponderata nelle riviste e nei congressi, prende forma didattica e sintetica.

Precede l'anatomia delle glandule surrenali, segue la fisiologia, l'anatomia patologica, la trattazione delle sindromi morbose surrenali, nelle forme cliniche semplici, plurighiandolari, con una appendice sull'opoterapia surrenale.

t. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici condotti del comune di Roma.

I medici condotti del comune di Roma traversano un periodo di agitazione e di malcontento; e sono i più giovani fra essi che si lamentano di più. Nelle lettere al *Giornale d'Italia* che il *Policlinico* ha già riprodotte vi sono delle parole grosse, di quelle che si scrivono sotto l'impulso dell'ira, e che a prima vista sembrano inadeguate al soggetto di cui si dibatte. *Una potenza misteriosa ci perseguita,* scrivono i medici di secondo grado; *una potenza che calpesta diritti e non vuole rispettare i regolamenti perchè non c'è nessun amico che debba essere sistemato* ribadiscono i medici condotti dell'Agro. Perchè nel calore di una polemica possano sfuggire di queste affermazioni, evidentemente coloro che le affidano alla stampa politica debbono trovarsi in uno stato d'animo che ha sorpassato i limiti della pazienza. Pertanto è doveroso per tutti, amministratori e spettatori, esaminare con mente pacata e scevra di passione le cause che hanno potuto in breve volger di tempo portare a questo stato d'animo un gruppo di giovani professionisti distinti.

La categoria dei medici condotti di II grado del comune di Roma, creato dall'amministrazione popolare poco dopo la conquista del Campidoglio, e dopo due riusciti boicottaggi del concorso per medico notturno, nacque sotto cattiva stella. Buona l'idea nelle sue linee generali (come io dimostrai in un mio articolo vecchio oramai di più di sei anni che non mi illudo sia rammentato da alcuno (1)) essa fu guasta nei particolari; e valgano per esempio lo stipendio troppo meschino per professionisti di Roma (duemila lire), e non aumentabile, l'obbligo di altri servizi oltre quello del notturno, l'obbligo di sostituirsi a vicenda in caso di malattia (stringendo i turni di guardia) e durante i congedi ordinari dei colleghi di primo e secondo grado, con un'artificiosa interpretazione della legge sanitaria del 1904 che se è stata mandata buona da qualche Giunta provinciale amministrativa a qualche povero comunello di montagna non era davvero degna dell'amministrazione democratica della capitale del regno; i giovani accettarono a cuor leggiero ed ebbero presto a pentirsene, perchè videro l'amministrazione elevare a dignità di legge una frase della relazione dell'assessore per l'igiene presentante la riforma al Consiglio comunale e stabilire che *in veruna circostanza l'amministrazione fosse dovuta a pagare dei supplenti per il servizio sanitario;* cosicchè i medici di secondo grado furono costretti a supplire senza compenso speciale i medici in aspettativa, i medici in permesso straordinario (fra i quali quelli partiti per la Libia) i quali tutti rilasciavano una quota per la supplenza nelle casse comunali; e diminuiti di numero per dimissioni o per altre ragioni si sentirono imporre di serrare ancor più i loro turni e di fare gratuitamente le guardie notturne per i colleghi... inesistenti, i cui stipendi stabiliti in bilancio erano anch'essi ringoiati dalle casse del comune. Questi posti vacanti sono oggi parecchi, e per regolamento vi sarebbero coloro che potrebbero ricoprirli, cioè i medici dell'Agro romano disposti ad optare per il passaggio ai ruoli della città; ma l'amministrazione da mesi e mesi, benchè stimolata in tutt'i modi, compresa una interpellanza in consiglio da parte di autorevoli ma non abbastanza informati consiglieri, non s'è curato di provvedere in modo alcuno, ed ora nella stagione estiva, divenuti più frequenti i permessi ordinari, sono apparsi maggiormente i danni del *surmenage* notturno e diurno di questi medici e del disservizio che ne proviene.

I medici hanno perso la pazienza, hanno scritto le loro epistole sdegnose e in un'adunanza hanno deciso di ricorrere alle autorità tutorie, ritenendo nella loro buona ingenuità che queste esistano altrimenti che sulla carta del testo unico delle leggi sanitarie.

Francamente questi medici hanno ragione di sdegnarsi per il trattamento loro fatto e parrebbe di sognare nel sentire che sia proprio l'amministrazione demoscratica della capitale del regno che dinieghi loro quella giustizia che essi ebbero sempre dalle amministrazioni reazionarie e clericali; ma purtroppo questo fatto corrisponde ad un fenomeno generale di medicofobia molto diffuso fra le amministrazioni bloccarde e socialistoidi del regno d'Italia; e in un discorso tenuto al Senato dal maestro nostro prof. Durante diversi anni fa ne furono anche tratteggiate le ragioni che agli spiriti superficiali sembrarono allora paradossali.

Ma io non dispero di un rinsavimento dell'amministrazione, specie dopo l'esposizione delle lamentele dei medici alla pubblica opinione, e per ora non credo sia utile aggiunger altro. Basterebbero due provvedimenti sulla cui equità non può cader dubbio:

a) completamento dell'organico mediante un concorso pei posti vacanti e temporaneamente mediante regolare nomina di interini;

(1) *Policlinico,* sez. prat., 1907, pag. 1242.

b) riduzione delle supplenze gratuite secondo lo spirito della legge sanitaria, e attribuzione al supplente dello stipendio del collega supplito per ragioni straordinarie, sempre quando questo stipendio venga ritenuto dalle casse comunali.

Ad un riordinamento ulteriore della carriera dei medici di 2° grado (che è il miraggio col quale si vorrebbero far tacere le proteste per gli inconvenienti attuali) ci sarà tempo a pensarci, e a discuterlo ci vorremo ben essere anche noi.

CAJUS.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4015) *Infortuni - Prime immediate cure.* — Il dott. G. A. da A. D. R. chiede conoscere: 1° Se un operaio inscritto nella elenco dei poveri riportasse un infortunio, il medico condotto del suo rione ha diritto a ripetere dallo impresario le prime immediate cure? 2° Dato che detto impresario per l'articolo 118 avesse organizzato a proprie spese in altro paese un servizio di assistenza medico-chirurgica, se un cottimista della predetta impresa con un proprio biglietto mandasse l'infortunato al medico condotto ritenendolo, come una volta, anche medico della impresa, chi deve rispondere delle prime immediate cure? 3° Può tanto l'impresario che il cottimista godere del beneficio delle prime immediate cure gratuite di tutti i loro operai infortunati, inscritti nello elenco dei poveri di quel dato medico condotto? 4° Sfidando in giudizio il cottimista, in caso di soccombenza, potrebbe il medico per l'articolo 9 della della legge e 15 del regolamento esperire le proprie ragioni contro l'operaio infortunato? 5° L'operaio infortunato alla sua volta potrebbe chiamare in causa l'impresario?

Le prime immediate cure in caso di infortunio non sono quelle che si prestano a domicilio ma bensì sul luogo stesso dell'infortunio. Esse sono prestate a cura e spesa del capo od esercente e non sono obbligatorie pel medico condotto, non ostante che l'infortunato sia compreso nello elenco dei poveri. — Che l'impresario abbia in altro paese organizzato un servizio di assistenza per pronti soccorsi non monta, sia perchè detti servizii debbono essere impiantati in ogni comune ove i lavori si eseguono, sia perchè trattasi di un cottimista, il quale, al fine della legge, diviene da per sè un imprenditore o capo d'opera. — Il cottimista deve, quindi, provvedere a sue spese alle prime ed immediate cure nè può inviare l'infortunato dal medico condotto. Le prime immediate cure non possono essere eseguite dal medico condotto gratuitamente, come dicemmo anche innanzi. — Il giudizio per ottenere il pagamento delle prime cure deve essere iniziato a danno del cottimista e non mai dello infortunato.

(4016) *Ricchezza mobile.* — Il dott. F. C. da P. chiede conoscere se l'agente delle tasse può aumentare la ricchezza mobile ad un medico che conta 60 anni di età e che non fa molti affari.

Veramente non si comprende come in tali condizioni si possa aumentare la ricchezza mobile. Non vi è però legge o regolamento che lo impedisca. Qualora Ella si creda ingiustamente gravato potrà interporre reclamo alla commissione mandamentale e da questa a quella provinciale.

(4017) *Pensioni.* — Il dott. V. B. da M. L. A. S. chiede conoscere se lasciando il servizio per dieci anni e non versando contributi, la pensione spettantegli aumenterà o diminuirà.

Lasciando il servizio per dieci anni e non versando contributi la sua pensione non aumenterà nè diminuirà.

(4018). *Pensioni.* — Il dott. T. O. da P. B. C. desidera conoscere se avendo aderito alla Cassa pensioni nel 1902 può riscattare due triennii di servizio precedentemente prestati, 1896-1899 e 1892-1895.

Avendo Ella aderito alla Cassa nel 1902 cioè prima della promulgazione della legge 2 dicembre 1909 ha diritto al riconoscimento dei due triennii di servizio perchè entrambi prestati anteriormente al 1° Gennaio 1899.

(4020) *Visita delle carni macellate ed insaccate.* — Il dott. X-7756 desidera conoscere se durante l'assenza del veterinario consorziale che si reca in altro comune per ragione di servizio, spetti all'ufficiale sanitario la visita delle carni da macello, e se a questi o al veterinario spetti l'esame delle carni insaccate.

Durante la temporanea assenza del veterinario consorziale che si reca in altro comune per obblighi del suo ufficio, spetta all'ufficiale sanitario la visita delle carni da macello. La visita delle carni lavorate ed insaccate compete all'ufficiale sanitario e non al veterinario consorziale.

(4012) *Compensi privati oltre lo stipendio - Interinato.* — Il dott. N. N. di S. V. V. R. desidera conoscere se un medico a cura piena possa, oltre lo stipendio, esigere dai privati un annuo compenso volontario e se un anno di interinato va calcolato nel biennio di prova.

Il medico a cura piena, oltre lo stipendio, non può ricevere altri compensi da' privati. La proibizione è fatta nell'interesse del servizio perchè potrebbe darsi che non sia ben servito colui che si rifiuti alla sottoscrizione volontaria. L'anno di servizio può valere se è seguito da regolare nomina in base a concorso.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALLERONA (*Perugia*). — Condotta unica; L. 4000 lorde, alloggio o indennità, esonero cavalc. Scad. 30 settembre.

ANDEZENO (*Torino*). — M. condotto; L. 1200 oltre L. 100 quale U. S. e L. 450 dalla Congregazione di carità, per la cura dei poveri. Scad. 30 settembre.

BARBANIA (*Torino*). — Medico del consorzio con Front e Vauda di Front; L. 2450 Scad. 28 sett.

BREVE LOMELLINA (*Pavia*). — L. 2200 pei 500 poveri, alloggio, L. 200 ambulatorio. Scadenza 23 settembre.

BOSNASCO (*Pavia*). — Condotta; L. 3600, ab. 1021. Scad. 20 sett.

BOTTRIGHE (*Rovigo*). — Condotta pei soli poveri di Bellombra e Panarella; L. 3000, L. 600 per mezzo trasporto, alloggio. Scad. 20 sett.

* BRUNO (*Alessandria*). — Medico per la generalità; L. 3250 lorde e 3 sessenni, servizio 1° dic., non più di 45 anni, s. e r. Scad. 30 sett.

CAMERANA (*Cuneo*). — Condotta per la generalità; L. 3000 lorde, alloggio ed usufrutto di prato; abit 1569. Scad. 30 settembre.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — Medico per la generalità; L. 3500, L. 100 per a. f., L. 100 quale U. S., abitazione nel palazzo comunale. Scad. 20 settembre.

CARPIGNANO SALENTINO (*Lecce*). — Medico-chirurgo per Serrano. Stipendio lordo L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale. Chiusura 30 settembre.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*). — L. 3000 cura piena quattro sessenni. L. 200 uff. san., L. 120 arm. farm., ab. 2000. Scade 25 settembre.

COLLEBEATO (*Brescia*). — L. 3650, cura piena, ab. 1536 quasi tutti uniti. Scad. 20 settembre.

*CRESPINO (*Rovigo*). — 2° rep.; al 20 settembre; tutta cura; L. 4800 e L. 200 quale U. S. Termine per l'accettaz.: 10 giorni.

DEMONTE (*Cuneo*). — Concorso al posto di medico della Congregazione per l'Ospedale e pei poveri residenti nel capoluogo e nella frazione Festiona; L. 1800, ab. 2800, poveri 470. L'Ospedale ha 30 letti. Scad. 30 settembre.

FERRARA. *Deputazione Provinciale*. — Medico ordinario di sezione addetto allo Stabilimento di Città nel Manicomio Provinciale; L. 2500 lorde, alloggio; otto trienni del ventesimo. Età 21-30 anni. Ufficio entro 15 giorni. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 settembre.

*FRONTONE (*Pesaro Urbino*). — Unica condotta; L. 2700 pei poveri, L. 400 per gli abbienti, L. 250 quale U. S., L. 300 p. a. f., L. 600 per cavalc., alloggio; un sessennio del decimo. Scad. 30 sett.

*GALLESE (*Roma*). — Medico-chirurgo; L. 3000 per i poveri e 2 sessenni di L. 300; L. 900 per gli abbienti e L. 100 quale U. S. Scad. 25 sett.

GINESTRETO (*Pesaro Urbino*). — Condotta; L. 3900 lorde e 3 sessenni per i poveri e semiabbienti; L. 700 per cavalc., L. 100 quale U. S. Scad. 20 settembre.

GIOIA DEL COLLE (*Bari*). — Terza condotta; lorde L. 1500. Scad. 30 settembre.

*GOTTOLENGO (*Brescia*). — Condotta per tutti gli abitanti; L. 6100 e 2 sessenni. Scad. 20 sett.

*LATERA (*Roma*). — Condotta; L. 2600 poveri, L. 1000 abbienti, L. 200 per l'arm. farm., lorde; L. 100 U. S. Accettaz. entro 15 giorni. Scad. 30 giorni dal 20 agosto.

MINERBIO (*Bologna*). — Frazione Cà de Fabbri, ab. 2082; L. 3800 per 920 poveri, obbligo cavallo, 4 sessenni. Scad. 24 sett.

MONTEFLAVIO (*Roma*). — Condotta; L. 2200 poveri, L. 1100 generalità, lorde; gestione arm. farm. e servizio U. S. Servizio entro 15 giorni. Scad. 30 giorni dal 15 ag.

NOASCA (*Torino*). — Medico del Consorzio con Ceresole Reale; L. 2000 pei soli poveri, compresovi compenso quale U. S. Scad. 30 sett.

OLMEDO (*Sassari*). — Condotto; L. 3000 nette, nomina subordinata decisioni G. P. A. Scadenza 30 settembre

ORTIGNANO-RAGGIOLO (*Arezzo*). — Condotto; L. 2500, due sessenni, L. 100 quale U. S., L. 700 per cavalc., cura poveri. Scad. 20 settembre. Servizio entro 15 giorni dalla part. di nom.

*PALUZZA (*Udine*). — Medico; L. 3000 aument, condotta libera, ab. 4500, poveri 600 circa. Scadenza 25 settembre.

PESARO. — Medico supplente. Documenti non oltre il 22 settembre. Stipendio L. 2500 lorde e L. 500 per cav.; tre sessenni; indennità straordinarie. Stabilità dopo due anni. I medici condotti da supplire sono sette. Chiedere il bando.

PORTICO E S. BENEDETTO (*Firenze*). — Condotta per S. Benedetto; L. 4600 lorde compresevi L. 600 per cavalc. e L. 300 per indennità di residenza; 3 sessenni; L. 800 nel caso di rinunzia al congedo ordinario. Scad. 30 settembre.

RICIGLIANO (*Salerno*). — Concorso al posto di Medico-Chirurgo condotto per la generalità. Stipendio L. 2600. Scadenza 25 ottobre.

ROBBIATE (*Como*). — Cond. cons., 2° medico; L. 3450, due sess., L. 50 bicicletta. Scad. 18 sett.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Diciotto posti di medico di porto di 4ª classe. Scad. 30 settembre. Età 18 a 30 anni al 5 luglio,

ROMA. *Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio*. — Quattro ispettori medici. Vedi fasc. 36. Scad. 21 sett.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica*. — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

SANCOSTANZO (*Pesaro Urbino*). — Condotte residenziali:

1° del capoluogo, prevalentemente chirurgica; L. 3000 per i poveri, che sono 249., L. 50 per ogni 100 e fraz. di 100 semiabbienti e L. 500 per l'ambulatorio, esonero cavalc.; 2° del capoluogo e fraz. Stacciola; L. 3000 per i poveri 51 e L. 50 per ogni 100 ecc. come sopra, e L. 700 per cavalc.; 3° della fraz. Cerasa (127 poveri) condizioni identiche.

Tre sessenni; L. 200 per supplenza reciproca mese congedo; alloggio nelle Case comunali mediante ritenuta di L. 180 annue, L. 200 a chi sarà nominato U. S.; assicor. Scad. 20 settembre.

SANDONACI (*Lecce*). — Condotta piena; vedi fascicolo 36. Proroga al 20 sett.

*SAN PIETRO CADORE (*Belluno*). — Medico; L. 3000 fino a 2000 poveri, e L. 75 annue in più per ogni 100 poveri in più, L. 700 per cavalc. e L. 500 quale U. S. Scad. 20 settembre.

SERRANO (*Lecce*). — Al 30 settembre. Stipendio L. 2700 lorde oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale Carpignano.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — 2° e 3° riparto, a tutto il 4 ott., soli poveri; L. 3300 e tre quinquenni del decimo, L. 700 per cav., lorde.

STALETTI (*Catanzaro*). — Condotta pei soli poveri; lorde L. 1500, più L. 150 quale U. S.; senza obbligo cavalc. Ab. 2009, pressochè tutti agglomerati nel capoluogo. Scad. 20 ott.

STRANGOLAGALLI (*Roma*). — Condotta unica piena; vedi fasc. 36. Scad. 30 giorni dal 20 ag.

TAINO ED UNITI (*Como*). — Al 30 settembre. Condotta: ab. 2476. Emolumento complessivo. L. 3496.25 lorde. Entrata in servizio il 1° novembre.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Frazione di Soiana, condotta residenziale. Ab. 2242, poveri circa 170, due quinquenni, stipendio L. 2500, indennità cavalcatura 600. Scad. 28 sett.

*TORRE DI BAIRO (*Torino*). — Medico con Baldissero; L. 1400 lorde compresa supplenza. Scad. 22 settembre.

URÌ (*Sassari*). — Condotto per la generalità; L. 3500 nette e 4 sessenni. Scad. 25 settembre.

VOLVERA (*Torino*). — Condotta pei poveri; L. 1600 e L. 100 quale U. S. Scad. 30 sett.

Medico trentottenne con lunga pratica ospedaliera e di condotta accetterebbe interinato in luogo ove non vi sia bisogno di mezzo di trasporto, o per lo meno il territorio non sia molto esteso, e preferibilmente dove vi sia anche stazione ferroviaria. Scrivere: dott. B. S. Venezia, S. Gregorio, 113.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Cortona (Arezzo) [per l'interinato: viene fissata la tariffa di L. 25 al giorno], Paluzza (Udine), Fontecchio (Aquila), Torre Bairo-Bairo-Boldisseno (Torino), Adrara S. Martino (Bergamo), Sarmede (Treviso), Monte Gargnano (Brescia), Casale Scodosia (Padova), Crespino (Rovigo), Cadenbasco (Piacenza).

Revoca di diffide: Torri in Sabina (Perugia), Talamello (Rimini), Minervio (Bologna).

Ci si comunica:

« La Presidenza della Sezione di Civita Castellana dell'A. N. M. C. presa conoscenza del Capitolato e del bando di concorso al vacante posto di medico chirurgo nel comune di Gallese, delibera di revocare la diffida proclamata a carico di quel Comune, e prega V S. di pubblicare la presente revoca di diffida, già approvata dalla Presidenza generale.

Il presidente di Sezione:
Dott Vittorio Rainaldi ».

« Ringrazio per la pubblicazione passata, ora prego di segnare con asterisco la condotta di Latera che a pag. 1317, fasc. 36, 7 settembre trovo senza. Se crede aggiunga nella rubrica: " Nuove diffide " quanto segue:

La Sezione di Viterbo diffida la condotta di Latera perchè a cura piena.

Dott. Emidio Morganti
Presidente Sezione di Viterbo ».

« La Sezione di Rovigo ha diffidato il comune di Crespino per ottenere la trasformazione della condotta piena in libera.

La ringrazio del posto che vorrà dare a questa notizia nel suo giornale.

Il presidente: A. Matteucci ».

A proposito del Congresso di Londra.

Togliamo dal *British Medical Journal*.

Il confronto fra il numero e la varietà degli argomenti trattati in questo Congresso dell'agosto 1913 e quelli dell'altro Congresso internazionale di Londra del 1881 dimostra il grande progresso delle scienze mediche compiuto in questi ultimi 32 anni.

Nel 1881 i lavori del Congresso furono divisi in 15 sezioni; quest'anno in 23 sezioni e 3 sottosezioni. A differenza del Congresso del 1881, quest'anno hanno avuto la loro propria sezione la batteriologia, la neuropatologia, l'urologia, la medicina tropicale, la radiologia, la storia della medicina, l'embriologia, la laringologia.

Un rapido sguardo al programma dei lavori del Congresso mostra il grande cammino percorso. Da una parte i nuovi capitoli della chirurgia dei tumori cerebrali, la chirurgia addominale, la patologia tropicale, la radium e la roentgen-terapia, e la vaccinoterapia; dall'altra le nuove conoscenze acquistate con la teoria sulla immunità, la fisiologia delle secrezioni interne, l'applicazione in terapia dell'estratto tiroideo e di altri organi a secrezione interna, la rivoluzione prodotta nella diagnosi e cura della sifilide dalla reazione di Wassermann e dal salvarsan. Molte di queste cognizioni già farebbero dichiarare antiquata la medicina del 1881.

***

La storia dei Congressi internazionali di medicina risale al 1867 nel periodo della grande Esposizione internazionale di Parigi. Fu allora che il Comitato della Riunione annuale dei medici fran-

cesi, distribuì speciali inviti a prendervi parte ai colleghi stranieri attratti a Parigi dall'esposizione. Questa riunione ebbe così felici risultati, che uno dei delegati italiani, il dott. Pantaleoni, propose di riunire periodicamente dei Congressi internazionali. Si stabilì di considerare come primo Congresso internazionale la riunione tenuta quell'anno a Parigi; e si volle per fare onore al paese del proponente, tenere il secondo in Italia. Nel 1869 fu tenuto in Firenze sotto la presidenza di Salvatore De Renzi che salutò i congressisti nella lingua latina. In questo fu imitato dal Baccelli nel Congresso di Roma del 1894 e in parecchie altre circostanze. Nota il *British Journal* che se rivivesse il latino quale lingua internazionale della scienza, sparirebbero le difficoltà linguistiche che di solito intralciano i lavori di questi congressi. Il futuro Congresso fu compromesso dalla guerra franco-prussiana che scoppiò l'anno successivo. Nel 1873, durante l'Esposizione internazionale di Vienna, vi fu tenuto il 3° Congresso, nel quale per la prima volta l'inglese, il tedesco ed il francese furono riconosciuti quali lingue ufficiali. Il 4° Congresso ebbe luogo a Brusselles nel 1875, notevole per i lavori sull'epidemia colerica, la chirurgia antisettica e l'assistenza e l'igiene ospitaliera: in questo Congresso per la prima volta i lavori furono divisi in sezioni. Nel 5° Congresso del 1877 a Ginevra vi furono sei sezioni. Nel 6° Congresso di Amsterdam nove sezioni. Il 7° Congresso tenuto a Londra nel 1881 segnò l'inizio di una nuova èra nella storia dei Congressi internazionali: vi convennero oltre 3000 membri, e circa un terzo dall'estero; le sezioni furono portate a quindici; e vi furono memorabili i discorsi di Paget che fu il presidente del Congresso, di Virchow sull'importanza degli esperimenti in patologia, di Huxley sui rapporti fra le scienze biologiche e la medicina. Memorabili le parole di felicitazione che Pasteur rivolse a Koch per i suoi risultati sulla coltivabilità dei bacilli su terreni organici: *C'est un grand progrès Monsieur*. L'8° Congresso fu tenuto a Copenaghen (1700 membri). Il 9° Congresso a Washington non riuscì molto felice. Il 10° ebbe luogo a Berlino nel 1890, dove, malgrado il boicottaggio votato da molti colleghi francesi, si raggiunse la cifra di 6000 membri. L'11° fu tenuto a Roma nel 1894, il 12° a Mosca nel 1897. Nel 1900 a Parigi convennero circa 6000 congressisti. Nel 1903 si ebbe il 14° a Madrid, nel 1906 il 15° a Lisbona, nel 1909 il 16° a Budapest. A Budapest si stabilì di riunire i Congressi internazionali a distanza di 4 anni.

Il *British Journal* si ferma a notare i grandi vantaggi che i Congressi internazionali portano all'incremento delle scienze mediche.

P. S.

NOTIZIE DIVERSE

III Congresso Nazionale per la lotta sociale contro la tubercolosi.

Il Congresso della Federazione Italiana delle Opere Antitubercolari sarà solennemente inaugurato il giorno 2 di ottobre p. v alle ore 11 nell'Aula Magna della Regia Università di Torino (via Po), gentilmente concessa dal Rettore.

Qualora si trovi in Torino per l'epoca predetta, onorerà di sua presenza l'inaugurazione S. A. I. R. la Principessa Maria Letizia di Savoia, Duchessa d'Aosta, Presidente Onoraria della « Crociata contro la Tubercolosi » di Torino.

Il R. Governo sarà ufficialmente rappresentato da S. E. il Ministro Calissano; interverranno all'inaugurazione le Autorità governative civili e militari e le Autorità cittadine.

I lavori del Congresso avranno luogo nell'Aula dell'Istituto di Anatomia patologica (via Esposizione 15).

Ci limitiamo a riportare i temi delle relazioni:

Prof. di Vestea: Mezzi atti a creare la coscienza igienica antitubercolare.

Prof. Schupfer: Dispensari antitubercolari e loro funzionamento.

Dott. Gatti: Isolamento dei tisici.

Prof. Comba: La tubercolosi nell'infanzia.

Comm. Magaldi: La assicurazione per le malattie degli operai.

Comm. avv. Calandra: Sulla opportunità di una Federazione fra le istituzioni cittadine per la lotta contro la tubercolosi.

Il giorno 4 alle ore 17 avrà luogo la seduta privata della Federazione.

I signori relatori e i signori congressisti che presentano comunicazioni, sono vivamente pregati di consegnare oltre al testo delle loro comunicazioni che non fossero già state stampate dal Comitato ordinatore, anche un brevissimo sunto da comunicare in giornata alla stampa politica.

La durata delle comunicazioni non potrà oltrepassare dieci minuti, e per la discussione ogni oratore non potrà impiegare più di 5 minuti.

Per iscriversi al Congresso (L. 10), per le informazioni, le facilitazioni ferroviarie, ecc. dirigersi al segretario generale prof. G. Ronzoni, via Solferino, 15, Milano, oppure al dott. Bormans, Batteriologo municipale, Torino.

I signori congressisti sono pregati di ritirare la tessera e il distintivo alla segreteria del Congresso (via Esposizione, 15), aperta dal 1° ottobre p. v. dalle 9 alle 12 e dalle 15 alle 17; oppure la mattina del 2 ottobre p. v. dalle 9 alle 10,30.

Ai signori congressisti già inscritti sarà mandato preventivamente il volume delle relazioni già stampate. Gli altri che si iscriveranno sul luogo riceveranno a mano il predetto volume.

Solo i congressisti debitamente inscritti potranno prender parte alle discussioni e avranno diritto agli Atti del Congresso.

Il Congresso italiano di radiologia medica.

Si terrà a Milano il 12 e 13 ottobre 1913, nella Sezione Radio-fototerapica del Comparto Dermosifilopatico dell'Ospedale Maggiore in via Pace, n. 9.

Negli stessi locali sarà tenuta il giorno 11 ottobre l'assemblea generale dei soci della Società italiana di radiologia medica.

Annessa al Congresso vi sarà una Mostra di apparecchi di Röntgen e di radiumlogia alla quale parteciperanno parecchie ed importanti Ditte costruttrici.

Coloro che intendono presentare al Congresso qualche comunicazione devono mandarne il titolo ed un sunto non più tardi del 15 settembre al segretario generale dott. Felice Perussia, Milano, Foro Bonaparte, 61, e dovranno consegnare il manoscritto prima della seduta in cui avrà luogo la comunicazione stessa. — Gli oratori potranno proiettare diapositive dei formati 9 × 12 e 8 ½ × 10 e dimostrare lastre di ogni formato. Saranno bene accette anche semplici e brevi dimostrazioni di causistica interessante.

Conferenza internazionale sulla tubercolosi.

Si terrà a Berlino dal 22 al 25 ottobre, sotto la presidenza di Léon Bourgeois. I congressisti faranno due viaggi di studio: l'uno a Monaco, Nurnberg, Heidelberg, Baden-Baden, Francoforte s. M. e Giessen; l'altro a Düsseldorf, München-Gladbach, Leverkusen, Essen, Amburgo. Chi intende partecipare alla riunione deve annunziarlo al segretario generale prof. Pannwirt, 12, Schönenbergerufer, Berlin.

Conferenza Internazionale per la protezione dell'operaio.

A Berna il 15 corr. si aduna una conferenza internazionale per la protezione dell'operaio. L'Italia, la Germania, l'Austria-Ungheria, il Belgio, la Danimarca, la Spagna, la Francia, l'Inghilterra, il Lussemburgo, la Norvegia, i Paesi Bassi, il Portogallo, la Russia e la Svezia sono stati invitati a prender parte a questa riunione, in cui verrà discussa l'interdizione del lavoro industriale ai giovani operai e la limitazione a 10 ore al massimo della giornata di lavoro alle donne ed ai giovani operai nelle industrie.

Il Consiglio federale svizzero ha riunito l'11 corr. la Commissione internazionale incaricata di gettare le basi di un accordo per la comunicazione periodica delle informazioni statistiche sull'applicazione delle leggi di protezione del lavoro.

I rappresentanti degli Ordini sanitari al C. S. di Sanità.

Il Consiglio dei ministri ha preso in esame uno Schema di R. decreto che regola la nomina dei rappresentanti degli ordini dei sanitari nel Consiglio superiore di sanità.

Scuola di terapia fisica.

È stata istituita presso la Facoltà medica di Napoli una « Scuola speciale di perfezionamento in idrologia, elettroterapia e kinesiterapia », approvata dal Ministero e dal Consiglio superiore della P. I.

Il corpo insegnante ne è così composto: Pio Marfori direttore, Vincenzo Gauthier per l'idrologia generale e medica, Vincenzo Bianchi per la neuro-termo-terapia, Fr. Paolo Sgobbo per l'elettroterapia, Francesco Galdi per la dietoterapia, Scafolla per la terapia fisica.

La scuola, dovuta sopratutto alla sagace attività del prof. Gauthier, ha tenuto dal 15 aprile al 30 maggio un primo corso molto frequentato, eminentemente pratico e dimostrativo.

La scuola continuerà ad affermarsi.

Una nuova cattedra alla facoltà medica di Roma.

È stato istituito presso la Facoltà medica di Roma l'insegnamento della « elettroterapia e radiologia medica » ed affidato, in seguito all'espletamento di un laborioso concorso, al prof. Francesco Ghilarducci, valente e appassionato cultore della specialità, che noi ci onoriamo di annoverare tra i nostri collaboratori.

Ci è grato rilevare come anche fuori d'Italia il nuovo insegnamento ottenga suffragio.

Il prof. Bergonié sugli « Archives d'électricité médicale » dichiara: « noi siamo persuasi che questo insegnamento non poteva essere posto in mani migliori poichè per il prof. Ghilarducci il passato è garanzia dell'avvenire ».

Istituto d'idrologia medica.

Il Ministero francese della P. I. ha organizzato a Parigi un « Istituto d'idrologia » con sei laboratori per lo studio delle proprietà fisiche, chimiche, radioattive, terapeutiche ecc. delle acque minerali francesi.

Vi si terranno corsi e conferenze per medici, igienisti e studenti. Farà conoscere ed apprezzare le ricchezze idriche della Francia.

È quasi una risposta data alla Facoltà Medica di Parigi, la quale alcuni anni or sono aveva respinta la creazione di una cattedra d'idrologia medica da affidare al prof. Huchard.

Per il prof. Murri.

L'8 corr. il prof. Augusto Murri ha compiuto 72 anni. In tale occasione ha ricevuto un numero straordinario di auguri dall'Italia e dall'estero. Il prof. Gnudi gli ha presentato la prima copia dell'opera *Pensieri e precetti di Augusto Murri*, edita dallo Zanichelli e pubblicata a cura dei prof. Gnudi e Vedrani; essa contiene una felice scelta di brani tratti dalle varie opere dell'illustre clinico. Il prof. Murri ha espresso con effusione il suo grato animo pel gentile pensiero.

La convalescenza del grande Maestro, già bene avviata, è stata ora interrotta da una mialgia reumatica.

Formuliamo voti di una guarigione pronta e completa e augurii che ben presto egli possa tornare alla sua attività feconda e benefica.

L'agente etiologico della rabbia.

Nella *Presse Médicale* il prof. Hidevo Noguchi, lo scienziato giapponese ben noto per le modificazioni al metodo Wassermann e per la reazione luetinica della sifilide, annunzia di avere, nell'istituto Rockefeller, ove egli ha il suo laboratorio, coltivati dei microrganismi che presume specifici della rabbia; si tratta di corpuscoli rotondi od ovali, nucleati, piccolissimi, che superano appena i limiti di visibilità al microscopio. Hanno l'apparenza di protozoi.

Le colture sono state in grado di conferire sperimentalmente la malattia.

Ha posto fine ai suoi giorni, perchè afflitto da una grave malattia cronica, il dott. **Fernando Gallavresi** di anni 58, residente a Milano.

Rassegna della stampa medica.

Gazz. d. Osp., 1 lug. COLLEONI. « Resezione dell'ala sinistra del fegato per cavernoma ». MAFFI. « La denunzia obbligatoria della tubercolosi ».

Münch. Med. Woch., 1 lug. LIEFMANN. « Sulla differenziazione delle proteine batteriche ». — REICHMANN e RAUCH. « Meningite tubercolare guarita ».

Jahr. f. ärzt. Fortb., lug. « Ostetricia e ginecologia ».

Riv. d'Ig. e di San. Pubbl., 1 lug. MONTI. « L'industria dei vini senz'alcool ».

La Sem. Méd., 2 lug. BANTI G. « Splenomegalia emolitica anemopoietica; il compito della milza nell'emolisi ».

La Policlinique, 1 lug. VAN LINT. « La sclerotomia a T. ».

La Presse Méd., 2 lug. RICHET. « La reazione leucocitaria ». — BROCA. Pseudoartrosi del peroneo destro. Scoliosi da ineguaglianza degli arti inferiori ».

Gazz. d. Hôp., 1 lug. LAUMONIER. « Le teorie dell'istinto sessuale «. — RODIET. « La dietetica della epilesssia *essenziale* ».

La Liguria Med., 1 lug. TEDESCHI. « Influenza della fatica muscolare sulle reazioni neuromuscolari degli intossicati ».

Il Cesalpino, 1 lug. VIVIANI. « Sull'età di una cicatrice ».

Rev. del Circ. Méd de Córdoba, 5-6. MARTINEZ. « Bradicardia nodale ».

Edinb. Med. Journ., lug. THOMSON e GRAHAM. « Fibromatosi dello stomaco e sue relazioni con l'ulcera ».

Deut. Med. Woch., 5 lug. BIRK. « Purganti e costipanti nell'infanzia ». — EWALD e FRIEDBERGER. « Sulla patogenesi dell'anemia perniciosa. — SCHWALBE. « La cura di Zeller; inchiesta ».

Wien. Klin. Woch., 3 lug. BAUER e HABETIN. « Le malattie luetiche e post-luetiche dei reni ».

Gazz. Med. It., 3 lug. BINDO. « Sulla reazione chimica delle feci nel lattante ».

The Lancet, 16 lug. CRILE. « La teoria cinetica dello shock; profilassi mediante l'anoci-associazione ». — MOYNIHAN. « La chirurgia del crasso.

Brit. Med. Journal, 5 lug. « Numero consacrato alla pellaggra in Inghilterra ».

Pens. Med., 6 lug. D'ESTE. « L'emostasi nelle resezioni del fegato ».

Berl. Klin. Woch., 7 lug. VEIT, ASCHENER. « La sierodiagnosi della gravidanza ». — BRINCHMANN. « Le inclusioni leucocitarie di Doehle ».

Riv. crit. di Clin. Med., 5 lug. PENDE e GAGLIARDO. « Sulle sindromi pluriglandolari ».

The Quartkerly. Journ. of Med., lug. GONAGE e HICKS. « Sulla fibrillazione auricolare ». — WINDLE. « Sul *pulsus alternans* ». — WATERHOUSE. « *Cisticercuss cellulosae* del sistema nervoso centrale ». — AMEREIN e LICHTENHAHN. « Trattamento pneumotoracico della tubercolosi dei polmoni ».

Paris Méd., 5 lug. « Numero consacrato alle malattie del cuore e dei vasi ».

Arch. d. Mal. du coeur, des vaisseaux et du sang., lug. LAUBRY e PEZZI. « Malattie congenite del cuore destro studiate graficamente ». PARISOT e FAIRISE. « Anchilostomiasi e ittero emolitico; ricerche anatomo-patologiche ».

Gazz. d. Osp., 6 lug. PORRINI. « Intossicazione per i solventi delle vernici ».

La Presse Méd., 5 lug. BONNAIRE e DURANTE. « Il polmone *ombellicale* (da infezione ombellicale del neonato) ».

Gaz. d. Hôp., 5 lug. GARIN e CHANCEL. « L'*Hymenolepis nana*, nuovo parassita dell'uomo, osservato in Francia ».

Münch. Med. Woch., 8 lug. HAPKE. « La diagnosi delle turbe di circolo con l'energometro. — FAGIUOLI. « Reazione termoprecipitinica nella tubercolosi ».

La Press. Méd., 9 lug. WEILLE e DUFOURT. « L'iperresistenza globulare in certi stati litici dei sieri ». — LEBON e AUBOURG. « Contrazioni riflesse del crasso da eccitazione dello stomaco ».

The Journ. A. M. A., 5 lug. RANSOHOFF. « L'anafilassi nella diagnosi del cancro. — C. H. MAYO. « Chirurgia della tiroide ». — GRULEE e MOODY. « Il cloruro d'oro colloidale nella diagnosi di sifilide congenita (prova di Lange) ».

La Sem. Méd., 9 lug. LEJARS. « Il trattamento delle ferite da arma da fuoco dell'addome ».

Deut. Med. Woch., 10 lug. PEKANOWICH. « Ricerche chemoterapiche sulla tubercolosi. » — WEBER. « Etiologia delle psicosi acute ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C L. POZZI, *resp*.

Anno XX. Roma, 21 settembre 1913 Fasc. 38

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ARCISPEDALE SANT' ANNA IN FERRARA.
Divisione chirurgica diretta dal prof. E. CASATI.

Sopra un nuovo metodo di emostasi definitiva del fegato.

Contributo sperimentale

pel dott. OTTORINO TENANI, assistente.

Dovrei ripetere inutilmente cose già scritte se esponessi nel principio di questo mio lavoro la parte storica riguardante l'emostasi del fegato. Di questo argomento si può dire che è tanto antico ed ha tanto interessato e stimolato le ricerche dei chirurgi che si possono calcolare intorno al centinaio i lavori scritti per tale questione; rimando perciò il lettore alla « Rivista sintetica sulla resezione del fegato » fatta dal dott. M. Andres nella « Clinica chirurgica » del 1911, p. 367 ed alla memoria del dott. G. Negri (1) dove è raccolta la letteratura sull'argomento. Io mi limiterò ad esporre soltanto il concetto fondamentale sul quale si sono basate le mie esperienze e i risultati ai quali hanno condotto.

(1) *L'emostasi nella resezione del fegato* (Contributo sperimentale) in Clinica chirurgica, 1911, p. 11.

Ho pensato di servirmi come materiale emostatico del catgut perchè mi è parso che esso rispondesse perfettamente allo scopo meglio degli altri e ciò per le ragioni che dirò subito: anzitutto per la facile sterilizzazione, in secondo luogo per la sua flessibilità ed elasticità, infine per la sua rapida riassorbibilità. Essendo poi il catgut una sostanza animale si comprende come lo si possa abbandonare liberamente nella cavità addominale senza la preoccupazione che generi intorno a sè una reazione lunga e intensa quale si ha in seguito all'uso di un materiale eterogeneo.

Non essendomi possibile ottenere listerelle omogenee di catgut della larghezza necessaria ricorro alla treccia di catgut: tale treccia viene di mano in mano preparata da me stesso qualche giorno prima delle esperienze per poterla sterilizzare convenientemente. A tale scopo mi sono sempre servito ora di quattro, ora di cinque fili di catgut greggio della serie tre o quattro.

Previa disinfezione accuratissima delle mani fisso i fili per uno dei capi vicini l'uno all'altro sopra un piano solido rivestito di un cuscinetto abbondante di garza sterilizzata, indi procedo alla formazione della treccia. La treccia di quattro fili deve assumere la larghezza di circa quattro mm., quella di cinque di mezzo cm.; si deve sempre avere l'avvertenza di non stringere com-

pletamente i nodi di mano in mano che si fanno ma di lasciare invece fra loro un piccolo spazio che deve dar passaggio all'ago ed ai fili che attraversano il parenchima epatico. Terminata la treccia essa viene resa sterile secondo il metodo Claudius e Kuhn. In due casi soltanto adoperai del catgut reso sterile con la permanenza per 12 ore in una soluzione acquosa all'1 % di sublimato: e poi per tre giorni in altra soluzione: sublimato 0.25, glicerina 10, alcool 100. È questo il procedimento insegnato da Kümmel al quale sono ricorso soltanto per esperimentare il metodo. Dei risultati ottenuti da esso riferirò più avanti.

La tecnica dell'operazione è la seguente: Disinfezione della pelle dell'animale con alcool e tintura di iodio — narcosi morfinica. Come via d'accesso al fegato mi sono sempre servito dell'incisione di Kehr come quella che mi apriva maggior adito all'organo. Apro il peritoneo e lo mantengo fissato alla cute con due pinze per poterlo riprendere alla chiusura della cavità addominale; introduco in questa una flanella di garza sterilizzata per tener allontanate e protette le anse intestinali e lo stomaco. Si vede allora il fegato sporgere col suo bordo inferiore sotto l'arco costale seguendo i movimenti respiratori: lo afferro con le dita e stiro per quanto è possibile all'infuori della ferita il lobo destro o il sinistro a seconda della parte dell'organo sulla quale decido di compiere l'intervento. Affido poscia la prensione dell'organo alle mani dell'assistente mentre io prendendo la treccia di catgut ne taglio con le forbici due pezzi di lunghezza tale che corrispondano ognuno al tratto di organo che si vuole resecare, oppure ne preparo un tratto solo col quale mi sia possibile circondare il segmento di fegato che si vuole asportare per riunirne poi i due capi da un lato solo. Queste listerelle di catgut vengono allora disposte l'una sulla superficie convessa, l'altra sulla inferiore dell'organo ad una distanza variabile dal margine libero a seconda del tratto che si vuol resecare mentre l'assistente tenendo alquanto tese con le dita le quattro estremità delle listerelle comincia già ad esercitare una certa compressione sul parenchima epatico. Monto allora sopra un ago retto un'ansa di filo di catgut del numero 2 o 3 a seconda dei casi e introdottolo dalla superficie concava dell'organo per uno dei fori della listerella inferiore attraverso a tutta sostanza il fegato e fuoriesco dalla faccia opposta per un foro corrispondente della listerella superiore. Queste anse sono disposte in maniera che la distanza fra l'una e l'altra non superi mezzo centimetro; i loro capi sono riuniti man mano a due a due per mezzo di una pinzetta Péan in modo che poi al momento della legatura ne resta più facilitato e meno confuso il ritrovo. Disposte tutte le anse nel modo stabilito si procede al loro annodamento che viene eseguito secondo il noto metodo Ceccherelli-Bianchi tanto sulla superficie superiore che sull'inferiore dell'organo a ridosso delle listerelle di catgut. Annodati i capi si reseca d'un colpo con un bisturi al davanti del piano di sutura la sostanza epatica. In una sola delle mie esperienze sono stato costretto di ricorrere al termocauterio per arrestare una lieve emorragia proveniente dal piano di sezione, ma l'inconveniente si doveva ascrivere all'incompleto serramento di una delle anse di catgut. In tutti gli altri casi ho potuto sempre constatare come l'emostasi riuscisse perfetta tanto che non v'era bisogno nemmeno del più semplice tamponamento temporaneo.

Prima di richiudere il peritoneo, per ricoprire la superficie di sezione epatica in alcuni casi vi ho portato semplicemente a ridosso l'omento, altre volte invece lo fissai con due o tre punti alle linee di sutura. In tutte le esperienze ricorsi alla pratica di introdurre nella cavità addominale 5-8 cmc. di olio di vaselina sterile prima di chiudere il peritoneo e ciò allo scopo di prevenire per quanto era possibile le aderenze peritoneali. Ridotto l'organo in cavità dopo essersi ancora assicurati che l'emostasi è perfetta si termina l'atto operativo con la sutura a strati della parete. La ferita della pelle viene protetta con l'applicazione di una medicatura secca fissata sopra uno straterello di collodion.

Dodici sono state le mie esperienze fatte col metodo descritto e di esse nove sul coniglio, tre sul cane.

ESPERIENZA I. (8 dicembre 1911). — Coniglio di mantello grigio. Peso kgr. 2.300.

Iniezione di 1 cgr. di morfina. Laparotomia laterale destra col taglio di Kehr. Viene resecato il lobo sinistro del fegato col mio metodo descritto; l'emostasi riesce perfetta e la superficie di sezione viene coperta col semplice addossamento dell'omento. Decorso postoperatorio normale.

L'animale è ucciso dopo 31 giorni.

Alla necroscopia si nota: adesione dell'omento alla superficie epatica resecata; distaccato l'omento seziono con un bisturi il moncone ove è stata praticata la sutura e trovo che esso è già trasformato in una massa cicatriziale dura, resistente entro la quale si riscontra ancora qualche residuo di filo di catgut.

ESPERIENZA II (14 gennaio 1912). — Coniglio di mantello nero. Peso kgr. 2.500.

Narcosi con 1 cgr. di morfina. Laparotomia laterale destra col taglio di Kehr. Resezione di di gran parte del lobo destro epatico col mio metodo operativo. Per troppo lieve serramento di un'ansa sulla superficie convessa del lobo dopo il taglio col bisturi della parte da resecarsi, si ha un'emorragia dalla superficie di sezione; questa viene frenata mediante il termocauterio; per maggior sicurezza in questo caso porto sulla parte scoperta l'epiploon e lo fisso con alcuni punti di catgut sulle linee di sutura tanto superiore che inferiore. Dopo ciò l'emostasi riesce perfetta. Il decorso operatorio fu eccellente fatta eccezione dei primi giorni nei quali l'animale diede segni di qualche sofferenza da cui ben presto riescì a riaversi. Esso venne ucciso dopo 60 giorni.

Alla necroscopia si riscontrò che l'omento era saldato alla superficie di sezione epatica e che il moncone era trasformato in un solido pezzo di connettivo senza che si potessero trovare nel suo interno le minime tracce di filo di catgut. Si osservavano pure aderenze lasse tra alcune anse del tenue e la grande curvatura dello stomaco.

ESPERIENZA III (30 febbraio 1912). — Cane a mantello nero. Peso kgr. 6.400.

Narcosi con l'iniezione di 5 cgr. di morfina.

Laparotomia laterale destra con la solita incisione. Viene resecato col bisturi tutto il lobo sinistro del fegato col mio metodo.

Non si nota la più piccola emorragia dal moncone di sezione. Esso viene ricoperto con l'addossamento dell'omento. Il decorso postoperatorio fu ottimo. L'animale morì dopo 25 giorni per un'indigestione. Difatti alla necroscopia non si potè osservare nessuna lesione organica con la quale si potesse spiegare la morte, ma del resto il precedente storico era troppo palese per non tenerne conto. L'omento era già aderente al moncone di resezione del fegato: questo appariva al taglio come una massa cicatriziale piuttosto molle contenente nel suo seno dei frammenti di filo di catgut non ancora riassorbiti. Notai solo un'aderenza forte tra l'angolo splenico del colon e la milza ma questa poi pei suoi caratteri doveva essere piuttosto antica e ad ogni modo datare da un tempo precedente di molto all'atto operativo.

ESPERIENZA IV (15 maggio 1912). — Coniglio di mantello bianco e nero.

Peso kgr. 3. Narcosi con cgr. 1.50 di morfina.

Laparotomia laterale destra col taglio di Kehr. Reseco col mio metodo gran parte del lobo epatico destro con successo perfetto di emostasi; ricopro il moncone di sezione ribattendovi sopra l'omento. L'animale sopporta bene l'atto operativo e viene sacrificato dopo tre mesi.

È questa l'esperienza in cui l'operato fu lasciato vivo per un periodo di tempo più lungo che gli altri. Alla necroscopia nell'apertura della cavità addominale si osserva che il fegato nella estremità mediale della linea di resezione ed in corrispondenza della ferita laparotomica è aderente al peritoneo parietale; tale adesione è abbastanza resistente e misura la lunghezza di due centimetri. L'omento è saldato completamente al moncone epatico tanto che occorre strapparlo e lacerarlo per distruggerne l'inserzione. Sezionando col bisturi il moncone nel punto in cui è avvenuta la sutura si sente che esso è duro come un tessuto cicatriziale molto resistente, ma non si può riscontrare alcuna traccia del materiale di sutura; manca qualsiasi aderenza fra gli organi vicini. Ricordando la parte di fegato resecata ho l'impressione che alla necroscopia la perdita di sostanza appaia molto minore. Evidentemente ciò è dovuto al fatto che in tale intervallo di tempo il tessuto epatico ha potuto in parte rigenerarsi e superare il *quantum* di retrazione del connettivo che dovrebbe far apparire dopo tre mesi dall'operazione meno estesa la superficie del moncone.

ESPERIENZA V (6 aprile 1912). — Coniglia di mantello bianco. Peso kgr. 2.400

Narcosi con 1 cgr. di morfina. Laparotomia laterale destra con la solita incisione. Reseco col mio metodo il lobo sinistro del fegato; l'emostasi riesce perfetta e completo l'atto operativo ribattendo sul moncone di resezione l'omento nel modo consueto. L'animale sopporta bene l'operazione e viene sacrificato dopo 70 giorni.

Alla necroscopia trovo che l'omento ha aderito soltanto in parte alla superficie resecata e più precisamente solo all'estremo mediale di esso; il resto del moncone è invece ricoperto parzialmente dal colon trasverso che gli aderisce in tenue misura: difatti riesce oltremodo facile allontanare l'intestino dal fegato per osservare meglio lo stato del moncone cicatriziale.

Appare questo di color grigio splendente, duro, resistente alla sezione, inoltre non è possibile trovare traccia alcuna del filo di catgut adoperato per la sutura.

ESPERIENZA VI (4 maggio 1912). — Coniglia di mantello bianco. Peso kg. 2,200. Narcosi con 1 cgr. di morfina. Laparotomia laterale destra col taglio di Kehr. Reseco gran parte del lato destro del fegato col mio sistema di sutura. L'emostasi riesce perfetta. L'animale dà segni di sofferenza nel primo e secondo giorno dall'operazione ma ciò è più che altro dovuto al fatto che, a peritoneo aperto, si era avuto sotto una reazione di difesa, protrusione delle anse intestinali e notevole difficoltà a introdurle di nuovo nella cavità addominale per irrequietezza dell'animale. Ristabilitosi al completo viene sacrificato dopo 40 giorni. E' notevole il fatto che all'autopsia in questo caso in cui per la prima volta non ero ricorso all'omento per ricoprire, come di solito, il moncone di sezione, questo era completamente libero e non aveva suscitato nessuna aderenza con gli organi vicini. Mancava qualsiasi traccia di emorragia non recente nella cavità addominale.

Il moncone resecato appariva come una massa abbastanza dura nella cui superficie superiore ed inferiore come pure nel cui interno erano rimaste tracce del materiale di sutura.

ESPERIENZA VII (20 maggio 1912). — Cane di mantello bianco. Peso 7 kgr. Iniezione di 7 cgr. di morfina. Laparotomia laterale destra con la solita incisione. Reseco tutto il lobo sinistro del fegato seguendo il mio metodo ed ottengo un'emostasi completa.

Anche in questo caso affondo l'organo in cavità senza ricoprirlo nel solito modo con l'omento.

Decorso postoperatorio normale. L'animale dopo 15 giorni viene ucciso. Alla necroscopia aperto il peritoneo osservo che l'omento si è reso spontaneamente aderente in parte alla superficie resecata e più precisamente al lembo laterale mentre al lembo mediale è aderente in modo molto lasso lo stomaco nella parte intrapilorica della piccola curvatura. Altra aderenza esiste tra la superficie superiore del moncone e il peritoneo parietale.

Sezionando il moncone si nota che esso è pallido e trasformato in una massa piuttosto molle entro cui si trovano ancora residui del materiale di sutura; di questi se ne trovano anche nelle due superfici sì superiore che inferiore del moncone resecato. Non esiste alcuna traccia di emorragia entro la cavità addominale.

ESPERIENZA VIII (12 giugno 1912). — Coniglio di mantello grigio. Peso kgr. 2.700. Narcosi con cgr. 1.50 di morfina. Laparotomia laterale destra col taglio di Kehr. Resezione di buona parte del lobo epatico destro e addossamento dell'omento alla superficie del moncone scoperto; emostasi perfetta, decorso postoperatorio normale. L'animale è ucciso dopo 35 giorni. Alla necroscopia, aperto l'addome, trovo adesione dell'omento ricoprente il moncone al peritoneo parietale in corrispondenza dei piani d'incisione; liberata questa aderenza si trova che il moncone epatico è mutato in una massa cicatriziale piuttosto densa, omogenea. Si trova un esile frammento del materiale di sutura soltanto sulla superficie inferiore del moncone resecato, mentre nel suo interno non è dato rintracciare nessun residuo di catgut anche minimo.

Mancano altre aderenze con gli organi vicini e qualsiasi traccia di emorragia antica nella cavità peritoneale. Riferisco brevemente sugli altri casi dicendo che nell'esperienza IX la morte seguì in 5ª giornata dall'operazione per peritonite purulenta verificata alla necroscopia, e nella X per shock dopo 6 ore dall'atto operativo.

Prima di esporre le conclusioni di queste esperienze dirò come volli adoperare in due casi (esperienza XI e XII) la listarella di catgut sterilizzata secondo il metodo Kümmel che esposi al principio di questo lavoro, ma debbo dire che il metodo non rispose bene all' intento pel fatto che entrambi gli animali morirono uno dopo dodici giorni, l'altro dopo quattro giorni. Alla necroscopia trovai nel primo estese aderenze dello stomaco e delle anse intestinali che avevano provocato a livello della parte terminale del tenue un'occlusione del lume dell'intestino; nel secondo si trovò un abbondante deposito di essudati che riunivano e saldavano lo stomaco e l'intestino al moncone epatico. Credo che tale insieme di fatti si debba ascrivere all'inconveniente di essere il catgut preparato con tale sistema troppo irritante e come tale capace di provocare una reazione infiammatoria troppo intensa nelle parti circostanti.

***

Dai risultati di queste esperienze mi è lecito dedurre alcune conclusioni e considerazioni e queste sono anzitutto la perfetta asetticità del metodo, in secondo luogo la costanza della completa emostasi dopo l'atto operativo. Per ciò che riguarda il primo fatto dirò che ne è prova la mancanza assoluta in ogni caso di qualsiasi traccia di suppurazione anche circoscritta, fatta astrazione dall'esito dell'esperienza IX in cui del resto non si potè stabilire quale fosse stata la causa della infezione peritoneale. La ragione di ciò noi la dobbiamo ricercare in parte nella scrupolosa preparazione asettica della treccia di catgut, in parte nel fatto che essendo il catgut una sostanza che rimane poco tempo in contatto coi tessuti dell'organismo perchè è presto riassorbito, si trova nella condizione di generare attorno a sè reazione e suppurazione in proporzione minore che qualunque altro materiale. È inutile ritornare sulla questione della minor facilità di produrre suppurazione insita nel catgut in confronto con la seta perchè essa è risolta indiscutibilmente in favore del catgut che in tanti Ospedali e in tante Cliniche nazionali e straniere ho sostituito completamente gli altri materiali di sutura. Piuttosto debbo notare la grande importanza che merita il sistema di disinfezione del catgut. Fantino (1), che si occupò molto e con rara competenza dell'asetticità del catgut, avendo osservato che mentre esso si dimostrava nella cultura in brodo assolutamente sterile, si avevano poi invece spesso delle suppurazioni dovute al materiale di sutura perchè si sviluppavano sempre attorno ad esso, fu indotto a ricercare le cause di tale contrasto di fatti e trovò che esse possono essere rappresentate: 1° dalla natura del materiale greggio perchè deve provenire da animali sani altrimenti nessun sistema di disinfezione può distruggere quelle speciali tossine alle quali è legato il pericolo della suppurazione; 2° dal modo suo di preparazione; 3° dalla sua assorbibilità.

Quanto al modo di preparazione egli vide che tanto i catgut disinfettati mediante sostanze antisettiche, quanto i catgut asettici cioè privi non solo di bacteri ma anche di antisettici dànno

(1) *Considerazioni cliniche su 4580 operazioni d'ernia.* La Clinica Chirurgica, 1912, n. 6.

molto frequentemente la suppurazione. Come mai questi prodotti che pur risultavano completamente sterili nelle culture in brodo erano capaci di produrre la suppurazione? La ragione va ricercata nel fatto che quei catgut essendo troppo molli e riassorbendosi troppo rapidamente producevano una reazione chemiotattica attiva tanto forte da generare la suppurazione. Ne nasce la conseguenza che per scongiurare con maggior probabilità di riuscita il pericolo della suppurazione bisognerà usare dal catgut che si riassorba lentamente. A questo desiderato risponde perfettamente il catgut sterilizzato col sistema Claudius e Kuhn come del resto ebbero a notare anche altri autori, e che fu anche usato da me nei miei esperimenti.

La conoscenza di questo fatto era per me di capitale importanza perchè se avessi adoperato un materiale reso sterile con altri procedimenti sarei andato incontro con più facilità al pericolo di avere delle infezioni. Nei due ultimi casi isolati in cui volli tentare l'uso del catgut sterilizzato col sistema Kümmel io ebbi a lamentare l'esito infausto della peritonite e ciò certamente perchè il catgut sterilizzato col sublimato riesce fortemente irritante. Questo del resto avevano osservato anche altri come pel catgut sterilizzato all'acido cromico.

Esponendo la tecnica dell'operazione ho detto come in tutte le esperienze ricorressi all'introduzione di 5-8 cmc. di olio di vaselina sterile e ciò allo scopo di evitare per quanto era possibile la formazione di aderenze peritoneali. Tale procedimento mi fu suggerito dalle conclusioni alle quali era venuto il Ligabue (1) con le sue ricerche sperimentali. Queste si possono dividere in due parti; nella 1ª sono comprese due serie di esperimenti: in una laparotomie semplici con garze umide o secche per constatare se in seguito all'eventrazione degli intestini col minimum di azioni traumatiche lesive si hanno adesioni; nell'altra laparotomie con sfregamenti più o meno estesi dei foglietti peritoneali per poter creare fra questi delle aderenze.

Nella seconda parte ha introdotto nel cavo addominale delle sostanze per studiare quale influenza avevano nel prevenire le aderenze peritoneali; questa seconda parte va divisa in tre serie: nella prima: laparotomie semplici e introduzione delle varie sostanze, nella seconda: laparotomia, sfregamento del peritoneo e introduzione delle dette sostanze, nella terza: laparotomia, atti operativi sull'intestino (enteroanastomosi) e introduzione di quella sostanza che nelle precedenti due serie ha dato i migliori risultati. Le conclusioni alle quali l'A. è pervenuto sono:

1° che l'impiego della garza umida predispone meno che la secca alla formazione di aderenze;

2° che lo sfregamento del peritoneo, pure attenendosi alle più scrupolose leggi dell'asepsi, è capace di produrre delle aderenze;

3° l'olio di vaselina a piccole dosi sterile non produce nessuna irritazione del peritoneo mentre l'olio d'ulive, la gelatina al 10 %, l'olio d'ossa, la soluzione gommosa, la lanolina e la lanolina in olio di vaselina agiscono da sostanze irritanti sul peritoneo;

4° che l'olio di vaselina oltre al non essere un mezzo adatto allo sviluppo dello stafilococco e del *bacterium coli* agisce anche contro essi distruggendoli perchè non solo i trapianti di culture pure dei suddetti microrganismi in olio di vaselina sterile non davano sviluppo delle specie batteriche, ma di più facendo dei trapianti dall'olio di vaselina inquinato al brodo sterile non si aveva sviluppo nè apparente, nè microscopico delle colonie.

Concludendo, dunque, l'uso dell'olio di vaselina sterile è un prezioso elemento col quale possiamo prevenire le aderenze peritoneali non solo per la sua azione lubrificante, ma anche per la sua azione battericida.

Indubbiamente per la formazione delle aderenze peritoneali che ho trovato in misura così variabile, ma certo sempre scarsa, all'autopsia dei miei animali operati di resezione epatica, si deve dare un valore rilevante all'entità del trauma operatorio e all'irritazione meccanica prodotta dalla permanenza entro la cavità addominale per un tempo non indifferente delle compresse di garza protettive che soffregavano il peritoneo parietale e viscerale durante i movimenti respiratori dell'animale.

Quanto alla seconda considerazione che viene dedotta dai risultati delle esperienze in riguardo all'emostasi si deve concludere che essa è sempre stata perfetta sia nei suoi effetti immediati, sia nei consecutivi: nei suoi effetti immediati perchè essa si è sempre mostrata completa durante l'atto operativo, nei consecutivi perchè non si è mai verificato alcun incidente postumo del qnale

(1) *Sul modo di prevenire la formazione di aderenze peritoneali*. La Clinica Chirurgica, 1911, num. 9.

si dovesse incolpare il sistema operatorio. Di quest'ultimo fatto sono prova i reperti d'autopsia. Alla buona riuscita del processo operativo oltre agli elementi già presi in considerazione credo abbia portato un grande contributo la pratica di addossare l'omento al moncone di resezione. Infatti, oltre a formare in certo qual modo un rivestimento di peritoneo alla superficie scoperta del parenchima epatico, si ha il vantaggio di porre in contatto col moncone un tessuto dotato di una intensa azione assorbente e fagocitaria.

Quest' azione difensiva è stata ultimamente messa in rilievo speciale da Le Play e Fabre (1).

L'epiploon come le altre sierose in genere assorbe e riassorbe e, per la sua grande ricchezza in elementi linfatici, lo si può paragonare ad un grande ganglio linfatico; grazie alla sua mobilità e ricchezza linfatica l'epiploon possiede la proprietà di proteggere la cavità addominale dai corpi estranei qualunque sia la loro natura, aggruppandoli e fissandoli per una specie di secrezione agglutinante dovuta specialmente alla fibrina ed alla mucina; questi corpi vengono poi distrutti dai fagociti.

Anche i veleni batterici sono attenuati da una azione antitossica dell'omento.

Il Koch (2) che si è pure occupato del contegno che assume l'omento di fronte alla penetrazione dei microrganismi nella cavità peritoneale afferma che tale azione distruttiva si compie in due modi e cioè: o i bacteri vengono direttamente assorbiti dai linfatici dell'omento, oppure prima sono inglobati dai fagociti e poi da questi trasportati nelle vie linfatiche dell'epiploon. Tutte queste modalità dell'azione di difesa potranno essere proficuamente spiegate dall'omento nel caso nostro. Difatti si deve pensare che quella parte di moncone che rimane scoperta oltre il piano di sutura restando ischemizzata dall'obliterazione dei vasi sanguigni, di mano in mano che si necrotizza viene anche lentamente assorbita e fagocitata dall'omento; in tal modo è evitato maggiormente il pericolo che cadendo i frammenti necrotici in grembo alla cavità peritoneale provochino l'infezione della medesima. Esso infine ha un altro importante ufficio ed è quello che aderendo alla superficie del moncone impedisce che vi aderiscano gli altri organi adiacenti come lo stomaco e le anse intestinali ed ognuno comprende il valore di tale inconveniente qualora si verificasse.

L'azione emostatica dell'omento invece è trascurabile perchè non si è mai vista l'insorgenza della più piccola emorragia dopo il taglio del moncone quando la sutura era stata perfettamente eseguita.

L'importanza di tali espedienti secondari ai quali soglio ricorrere se è rilevante di per sè non può però menomare il valore del metodo operatorio fondamentale; essi possono considerarsi solo come elementi complementari dell'atto operativo dai quali questo resta garantito con più sicurezza nel suo avvenire.

Concludendo, il metodo operatorio di emostasi epatica definitiva da me proposto risponde ai due principali postulati della pratica chirurgica: esso, cioè, anzitutto assicura una completa asetticità, in secondo luogo conduce senza fallo all'intento. Anzi il fatto che con tale sistema un materiale viene lasciato libero entro la cavità addominale impunemente e senza preoccupazione perchè non produce nè infezione, nè emorragia secondaria ed è riassorbito in breve tempo dall'organismo mi pare che stia a rappresentare un passo di progresso nella tecnica di una serie di processi tendenti alla soluzione di un problema tanto interessante qual'è quello dell'emostasi definitiva del fegato.

(1) *Fisiologia del peritoneo e del grande epiploon.* Masson.
(2) Med. Klin., 1911, n. 51.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Sulle indicazioni al trattamento chirurgico dell' ulcera dello stomaco e dei suoi esiti.

(L. KUTTNER. *Berl. Klin. Woch.*).

Le opinioni dei medici e dei chirurgi sulle indicazioni al trattamento operatorio delle ulceri gastriche, non sono concordi, perchè alcuni vorrebbero limitare gli interventi, altri invece vorrebbero sempre più estendere i confini delle indicazioni operatorie.

Questi dipendono — e in ciò tutti dovrebbero convenire — da tre fattori:

1) dai risultati della terapia interna;

2) dai pericoli che minacciano le persone affette da ulcera;

3) dal vantaggio che noi possiamo procurare all'infermo con l'operazione e dal pericolo al quale lo esponiamo.

Leube al Congresso chirurgico di Berlino dell'anno 1897, presentò una statistica di 424 malati di ospedale, dei quali, dopo una cura di quattro o cinque settimane, 314, cioè il 74 % erano guariti; 93, cioè il 21 % erano migliorati; 10, cioè il 2.4 % erano morti; 7, cioè 1.6 % non avevano migliorato. La statistica di Ewald (riguardante 123 casi) dà il 75 % di guarigione e una percentuale anche più alta, cioè l' 85 %, di guarigioni, dà la statistica di Welch.

Molto più cattiva è la statistica di Debove e Raymond, la quale dà su 100 casi 50 guarigioni e 50 morti.

Certamente queste cifre indicano delle prognosi ben diverse; ma occorre notare che esse non possono essere paragonate, perchè diverso è il modo di interpretare la guarigione, indicando alcuni come guariti dei casi solamente migliorati; così per es. nelle statistiche di Leube si tratta di risultati immediati del trattamento e non di guarigioni definitive.

Più importanti sono quelle statistiche che ci dànno informazioni sulla sorte ulteriore dei malati una volta dichiarati guariti. Warren, di Boston, ha potuto seguire 125 su 187 malati e ha trovato che di essi solo 45 erano definitivamente guariti, in 54 era sopravvenuta una recidiva, 6 erano morti per perforazione e 5 per cancro sorto dall'ulcera. I. Schulz, di Breslavia, su 291 casi ha potuto seguirne 157 e ha constatato che nel 77 % la guarigione era stata duratura, mentre nel 23 % era avvenuta la recidiva.

Tralasciando di riferire altri dati statistici, si può rimaner certi che vi sono molte ulcere dello stomaco le quali non guariscono con la cura medica e per queste è giustificato ricorrere alla cura chirurgica, qualora si possa aver la certezza di curare la malattia o i sintomi di essa durevolmente e senza esporre il malato a grave rischio per cagione dell'operazione. In questi casi si sarà tanto più inclinati a consigliare la cura chirurgica, quando si pensi ai pericoli più gravi ai quali l'infermo va incontro, cioè alle gravi emorragie, alla peritonite acuta da perforazione, all'ascesso sottofrenico e al cancro.

Però si deve ancora discutere se il pericolo al quale esponiamo il malato con l'operazione sia in rapporto col beneficio che gli arrecheremo. Nelle singole statistiche le mortalità operatorie variano dal 3 al 25 %; negli ultimi anni hanno oscillato tra 8 e 12 %. Per quel che riguarda i risultati remoti Krönlein riferisce di aver avuto, tra i suoi operati per ulcera gastrica e per complicazioni di essa, il 61 % di guarigione completa, il 24 % di miglioramento notevole: dunque l'85 % di risultati favorevoli. Nel 3 % dei casi si sviluppò tardivamente dall'ulcera un cancro.

Mayo Robson ha risultati migliori: mortalità dell'1.7 % (escluse le peritoniti da perforazione) e guarigione duratura nel 97 %. Ma questi brillanti risultati non costituiscono la regola. Le statistiche hanno un valore molto limitato, perchè, prescindendo anche dal fatto ben noto che si pubblicano volentieri i risultati favorevol e si tacciono i casi operati con diagnosi sbagliata o seguiti da cattivo esito; tralasciando anche di considerare che spesso la guarigione definitiva viene giudicata in un periodo troppo poco lontano dall'operazione, non è possibile far paragoni tra casi che, pur essendo della stessa malattia, si presentano in condizioni straordinariamente diverse. Ogni caso ha le proprie caratteristiche dipendenti dalla sede dell'ulcera, dall'estensione di essa, dallo stato generale dell'infermo e da un gran numero di altri fattori. Le stesse considerazioni si debbono fare nell'apprezzare i vantaggi dell'operazione, i quali saranno diversi secondo la durata della malattia, la qualità delle complicazioni ecc. In ogni caso l'operazione è giustificata e da ogni statistica dimostrata utile quando il malato non ha trovato giovamento da cure mediche ben fatte e ripetute. L'operazione precoce deve essere assolutamente sconsigliata; però i chirurghi debbono pretendere dai medici che i malati non vengano ad essi affidati quando non sono più in grado da sopportare l'operazione.

Quando si debba consigliare l'operazione, nei casi ribelli, dipende anche dall'età dell'infermo, dal suo stato di nutrizione e da altre condizioni. I casi di ulcere in individui al disotto dei 30 anni, sono i meno indicati all'operazione, perchè da una parte possono guarire spontaneamente, mentre dall'altra sono predisposti alla recidiva, dalla quale nemmeno l'operazione può sempre garantirli.

Più consigliabile è l'intervento in individui che abbiano superato i 30 o i 40 anni, poichè in questa età è minore la tendenza alla guarigione spontanea e maggiore la tendenza alle complicazioni.

Se lo stato di nutrizione lo consente, specialmente se le cure precedenti non furono fatte con rigore, si può consigliare una nuova cura dietetica, eventualmente in una casa di salute; ma se le forze dell'infermo decadono rapidamente e se egli non è dotato della necessaria forza di volontà o se non ha tempo e mezzi per curarsi, consiglieremo più sollecitamente l'intervento.

Anche il reperto della funzione gastrica deve esser tenuto in considerazione. Faranno affrettare l'operazione una spiccata ipercloridria, una ipersecrezione cronica e la diminuzione progressiva della motilità gastrica, cioè quei sintomi

che, secondo l'esperienza, ostacolano la guarigione di un'ulcera. Secondo le ricerche sperimentali di Katzenstein, dopo ogni specie di gastro-enterostomia, il contenuto intestinale passa nello stomaco; perciò la reazione acida di esso diminuisce considerevolmente e perciò l'influenza dannosa che il succo gastrico esercita sull'ulcera viene neutralizzata.

Un'altra indicazione all'intervento chirurgico è data dalle emorragie gastriche. Quando le emorragie siano piccole e ripetute in individui giovani hanno raramente gravi conseguenze, perchè di solito avvengono a lunghi intervalli e quasi senza dar segni di sè. Possono facilmente essere arrestate con cure mediche; ma se queste sono insufficienti e se le emorragie si ripetono molto spesso, è bene consigliare l'intervento prima che le condizioni dell'infermo siano divenute tali da rendere pericolosa anche una operazione lieve.

Molto maggiore importanza hanno le gravi emorragie da ulcera allo stomaco. Secondo la statistica di Debove e Rémond il 5 % dei pazienti di ulcera soccombono alle emorragie. Tra queste, quelle profuse che conducono rapidamente a morte sono certamente rare. Le emorragie mortali che avvengono improvvisamente e sorprendono un individuo in pieno benessere o che ha avuto solo incerti segni di una grave malattia, non sono i casi che più si prestano all'operazione. La morte avviene di solito in pochissimo tempo, talora in pochi minuti, coi segni di una emorragia interna. Più spesso si tratta di gravi emorragie, ma non mortali. Di regola allora i malati mostrano di riaversi rapidamente e, sotto una cura appropriata, di riacquistare rapidamente le forze perdute.

Perciò non si deve intervenire in ogni emorragia improvvisa grave.

Dei veri pericoli gravi sovrastano al malato se la terapia interna è insufficiente e se l'emorragia si ripete; ma anche in queste condizioni occorre guardarsi dall'intervenire con fretta e senza un bene stabilito piano. La possibilità che l'ulcera dopo emorragie ripetute e violente possa tuttavia giungere a guarigione col solo trattamento interno, non è esclusa; d'altra parte la prognosi delle operazioni eseguite per queste indicazioni è poco buona o per lo meno dubbia. Di solito i malati sono così deboli e denutriti che possono appena sopportare l'intervento. Bisogna ancora considerare che prima dell'operazione non si può stabilire se l'emorragia provenga da una ulcera o da una erosione emorragica; che si ignora il punto ove si trova la sorgente emorragica e se esso sia raggiungibile con l'operazione; infine se esista una sola o più ulcere.

In una parte dei casi si tratta di emorragie da grossi vasi, raggiungibili con difficoltà o non raggiungibili affatto; dall'arteria pancreatica o dalla lienale o da aneurismi miliarici (Küttner); in altri casi di enormi emorragie, nè con l'operazione, nè con l'autopsia si potè trovare la ulcera sospettata; in questi casi l'emorragia pericolosa di vita avvenne per filtrazione di sangue da diversi punti della mucosa gastrica (Küttner). Contro questi casi di cosiddetta *Gastrostaxis* la operazione è priva di ogni efficacia.

Per queste ragioni si comprende come molti chirurghi si astengano dall'intervenire in casi di emorragia gastrica grave improvvisa. Molti hanno proposto di intervenire non durante l'emorragia, ma dopo che questa è cessata, se il paziente si è riavuto nelle condizioni generali. Ma anche in questo caso, benchè si ottenga il vantaggio di operare un malato in condizioni da sopportare quasi certamente l'intervento, la terapia chirurgica rappresenta un *remedium anceps*; poichè non si può promettere un sicuro risultato a cagione della difficoltà di trovare la sorgente dell'emorragia e di combatterla; e perchè infine anche l'operazione non rappresenta affatto un'arma sicura contro le nuove emorragie.

Küttner riassume la propria condotta nelle emorragie gravi dallo stomaco dicendo che si decide all'intervento quando il paziente ha avuto ripetute emorragie che hanno messo in pericolo la sua vita; preferisce operare dopo che l'emorragia è cessata, quando le forze dell'infermo si sono ristabilite e se è molto verosimile che la cagione dell'emoragia sia un'ulcera.

Nelle emorragie immediatamente pericolose di vita è decisamente preferibile una condotta aspettante; se tutti i mezzi della terapia interna falliscono, si deve prendere in considerazione la legatura dei vasi afferenti che rappresenta un intervento notevolmente più semplice, ma meno sicuro, dell'escissione dell'ulcera.

Secondo Braun, l'esperienza clinica, come le ricerche fatte negli animali e nei cadaveri fanno ritenere che la legatura dei grossi vasi dello stomaco in taluni casi sia molto razionale e efficace. L'ulcera della piccola curvatura dovrebbe essere la più adatta a tali legature. Nelle emorragie fulminanti si deve prendere in considerazione la legatura dei vasi insieme con la digiunostomia; nelle emorragie non immediatamente pericolose di vita la gastro-enterostomia sola o insieme con la legatura dei vasi. Se la proposta di Braun sia veramente efficace deve esser stabilito dalla esperienza ulteriore.

Quale sia la terapia chirurgica più adatta alla cura dell'ulcera dello stomaco è ancora oggetto di discussione. Spesso l'indicazione è data dal

reperto operatorio; ma in linea generale i chirurghi non sono concordi, perchè mentre alcuni ritengono che la gastro-enterostomia sia il metodo normale, altri preferiscono la resezione e la escissione dell'ulcera. La piloroplastica viene usata poco a cagione degli incerti risultati Un giusto criterio si può guadagnare dalla considerazione del fatto che nessun processo garantisce una guarigione certa dell'ulcera dello stomaco; dopo ogni specie di intervento possono aversi recidive con tutte le loro conseguenze. Se queste si abbiano dopo la resezione in frequenza maggiore o minore non si può ancora stabilire a cagione del poco materiale del quale si può finora disporre.

Certamente si deve ammettere che nè la gastro-enterostomia, nè la escissione e la resezione sono prive di pericoli. I pericoli dipendono dalle condizioni speciali dell'individuo, dalle sue forze di resistenza, dallo stato del cuore, del sangue, dei bronchi e dei polmoni.

Una polmonite che sorprenda un individuo con bronchi malati è una affezione grave; anche lo stato anemico oscura sensibilmente la prognosi. La resezione è certamente un'operazione più grave della gastro-enterostomia e l'indicazione a eseguirla, bisogna trovarla nello stato generale dell'infermo, nella sede e nelle condizioni anatomo-patologiche dell'ulcera, nelle difficoltà tecniche che il singolo caso presenta, nella coesistenza di alterazioni funzionali dello stomaco, ecc. ecc.

Nelle ulceri piloriche, basta di solito la gastro-enterostomia; le ulceri che hanno sede nelle altre parti dello stomaco, specialmente nella piccola curvatura e nella parete posteriore, debbono essere resecate insieme col segmento di stomaco corrispondente, se le forze del malato promettono di sopportare l'intervento.

Se questo non è il caso si può eseguire la gastro-enterostomia che certo non è in grado di guarire l'ulcera, ma che, secondo l'esperienza, è in grado di influenzare favorevolmente l'ulteriore decorso dell'ulcera. L'escissione semplice dell'ulcera non è consigliabile che nei casi nei quali si presenta tecnicamente facile. Nelle forme callose di ulcera dello stomaco, nelle quali non si può decidere se coesista un cancro, si deve eseguire la resezione.

Molto più precise sono le indicazioni operatorie quando esista una stenosi cicatriziale del piloro, uno stomaco a clepsidra, una peritonite da perforazione, un ascesso sottofrenico e quando l'ulcera si sia trasformata in cancro (*ulcus carcinomatosum*). La stenosi pilorica va curata con la gastro-enterostomia tutte le volte che sia certa la natura benigna della malattia. Se esista anche il più piccolo dubbio di malignità è necessario fare la pilorectomia, se le forze dell'infermo consentono a sopportare tale atto operativo. Nei casi di stomaco a clepsidra l'indicazione dell'intervento è data dalla strettezza della comunicazione tra le due metà stomacali. L'operazione più frequentemente eseguita è stata la gastro-enterostomia fatta nella porzione cardiaca dello stomaco; più raramente sono state eseguite la gastroplastica, la gastroanastomosi e la resezione della porzione ristretta dello stomaco.

La perigastrite può presentarsi sotto due aspetti:

1) come aderenze a cordoni o piane dello stomaco con gli organi vicini (pancreas, milza, fegato, intestino o parete addominale anteriore);

2) in forma di tumori duri immobili.

Le aderenze possono essere cagione di dolori e di disturbi della motilità gastrica che richiedono un intervento. Lo scopo che il chirurgo si prefigge di raggiungere con l'operazione è distruggere le aderenze o di combattere gli effetti che esse hanno sulla motilità dello stomaco. Distruggere le aderenze a cordoni è facile, ma per distruggere le aderenze piane può esser necessario resecare una parte di stomaco; questa terapia che è quella diretta contro la causa del male, può non esser sufficiente, perchè le aderenze possono ristabilirsi; cosicchè in ogni caso è bene provvedere allo svuotamento dello stomaco praticando la gastro-enterostomia.

Quando la perigastrite da ulcera si presenta in forma di un tumore la indicazione alla resezione è netta; i casi finora operati hanno tutti avuto esito favorevole.

Anche nelle peritoniti da perforazione l'indicazione dell'intervento è precisa. Per i risultati dell'operazione sono di grande importanza:

1) lo stato di pienezza dello stomaco al momento della perforazione;

2) il tempo decorso tra la perforazione e l'operazione;

3) la sede dell'ulcera che si è perforata e la sua accessibilità;

4) il problema se si siano perforate una sola o più ulceri.

Riguardo al primo punto tutti gli Autori sono d'accordo nel ritenere che le probabilità di guarigione sono massime quando lo stomaco si è perforato in stato di vacuità. Praticamente scaturisce da questa considerazione che appena un malato di ulcera gastrica presenta segni di perforazione occorre sopprimere completamente l'alimentazione per la bocca. L'essere informati sullo stato nel quale si trovava lo stomaco al momento della perforazione è importante anche per decidere in ogni singolo caso il momento dell'intervento. Se il paziente ha preso cibo immediatamente prima della perforazione occorre operare

quanto più presto è possibile; se invece è certo che lo stomaco al momento della perforazione era vuoto, si può attendere due o tre ore, affinchè diminuiscano i gravi fenomeni di *shock*. Attendere più a lungo è molto pericoloso, perchè ai fenomeni di *shock* possono rapidamente succedere quelli agonici.

Le perforazioni di solito avvengono nella parete anteriore dello stomaco, cosicchè il tratto perforato è facile a trovare e si presta bene a una esatta chiusura; ma il chirurgo dovrà sempre aver presente la possibilità che si siano contemporaneamente perforate più di un'ulcera. Questa particolarità non è rara: Pariser in una statistica di 43 casi di perforazione trovò 9 volte una seconda ulcera.

Il còmpito del chirurgo che opera una ulcera perforata deve essere di chiudere il foro dello stomaco in modo solido, pulire il cavo peritoneale e operare rapidamente. Caso per caso bisogna decidere se convenga o non di lavare il peritoneo e se sia opportuno escidere l'ulcera e eseguire la gastro-enterostomia. Rispetto a questi quesiti il chirurgo deve regolarsi secondo il reperto operatorio, le condizioni generali del paziente e la propria capacità. Al medico spetta il còmpito, come giustamente dice il Brunner, di inviare l'infermo in ospedale quanto più presto sia possibile: se egli agirà così, nel successo della cura, avrà un merito molto maggiore di quello del chirurgo.

Alla perforazione di un'ulcera non segue sempre una peritonite diffusa; se esistono aderenze o se queste si formano rapidamente, avviene una gastrite purulenta l'esito della quale può essere quanto mai varia: alcune volte guarisce spontaneamente, altre volte è cagione di ostinati disturbi, oscuri a diagnosticare, i quali possono finire per condurre a morte l'infermo; altre volte infine la raccolta purulenta circoscritta si rompe nel peritoneo libero, producendovi una peritonite diffusa, oppure si perfora nel colon o nella pleura o nel pericardio; altre volte il processo flogistico si diffonde alla vena porta producendo una pileflebile mortale oppure progredisce in diverse direzioni, specialmente in alto, nella porzione sottofrenica della cavità peritoneale.

Dopochè Hauser dimostrò istologicamente la possibilità della trasformazione cancerosa delle ulcere, si è riconosciuto in tutte le statistiche che il 5-8 % delle ulcere si trasformano in cancri. Fütterer e altri ritengono che la maggior parte di cancri sorgono da ulceri pregresse. Al contrario Bormann su 63 casi operati da v. Mikulicz ne trovò uno solo che poteva essere interpretato come cancro da ulcera. Secondo le considerazioni fatte da Hauser in un recente lavoro la circostanza che le ulceri e i cancri dello stomaco hanno la stessa sede di predilezione fa pensare che i rapporti tra queste due malattie non siano affatto accidentali. Secondo Küttner la possibilità che un cancro nasca da un'ulcera, come lo sviluppo di un cancro accanto a un'ulcera e la trasformazione maligna di una stenosi pilorica benigna non può in alcun modo esser messa in dubbio. Le vecchie ulcere, specialmente quelle della regione prepilorica, sono le più predisposte alla degenerazione carcinomatosa. Il punto d'origine è la mucosa dei margini dell'ulcera; la diagnosi di questa trasformazione spesso è clinicamente impossibile. Anche al tavolo operatorio, se mancano metastasi, non può essere decisa e si può aggiungere che anche l'esame istologico, se è fatto su un solo pezzo, non è sufficiente all'accertamento diagnostico.

Su 30 resezioni fatte da Küttner, con diagnosi clinica e operatoria di ulcera callosa, all'esame istologico fatto in serie, si trovò che nel 43.4 % dei casi si trattava di cancro.

Da queste considerazioni scaturisce la conseguenza che ogni ulcera callosa è sospetta di essersi già trasformata in cancro; perciò le ulcere callose debbono essere resecate.

La resezione nella cura dell'ulcera dello stomaco è più efficace della semplice gastro-enterostomia; dopo quest'ultima operazione il malato non è guarito, ma si trova in condizioni migliori rispetto alla guarigione, la quale avverrà se il paziente continuerà a sottostare ai rigori di una cura dietetica. Il costringere un malato operato a continuare una cura medica non è certo seducente; è perciò che la resezione dello stomaco incontra sempre maggior favore.

G. EGIDI.

OSTETRICIA.

Tumori ovarici e gravidanza.

Relazione dei proff. PUECH e VANVERTS al Congresso di ginecologia, ostetricia e pediatria, Lilla, marzo 1913.

I tumori dell'ovaio e del parovario, nei loro rapporti con la gravidanza, il parto e il puerperio, da circa un trentennio sono continuamente discussi dalle Società scientifiche, e le vivaci discussioni dimostrano come gli ostetrici siano ben lungi dall'essere d'accordo al riguardo. E questo disaccordo appare sopratutto circa la condotta da tenere in simili casi.

Fin dal '900 Pinard discutendo l'argomento alla Società di ostetricia, di ginecologia e di pediatria di Parigi dichiarava che: « la storia clinica di questo capitolo era lungi dall'essere completa e che lo sarà solamente, quando si sarà

potuto raccogliere e confrontare un gran numero di materiale serio ».

Più recentemente, a Tolosa, Mériel esprimeva le stesse idee, e dichiarava che, malgrado le molteplici discussioni, non si erano potute stabilite delle regole terapeutiche ben chiare.

Gli AA. giudicando inutile rimontare all'epoca preantisettica, hanno iniziato le loro ricerche dal 1886, raccogliendo tutti i casi pubblicati e quelli inediti che sono stati gentilmente comunicati loro.

Hanno così riunito 1316 casi concernenti tutti i tumori dell'ovaio e del parovaio. Non hanno fatto distinzione fra tumori solidi e cisti, per varie ragioni. Prima perchè è difficilissmo fare una ben netta distinzione fra gli uni e le altre, anche perchè, secondo Mériel, non esistono che raramente tumori solidi dell'ovaio, ma che in massima sono in parte solidi in parte liquidi. Inoltre certe cisti dermoidi sono state frequentemente scambiate con tumori solidi; ed infine il trattamento tanto dei tumori solidi quanto di quelli liquidi, che complicano la gravidanza, il parto e il puerperio, è quasi identico.

Lo studio fatto dagli AA. è completo e molto diffuso: ne daremo perciò un breve riassunto.

La gravidanza e i tumori dell'ovaio e del parovario. — Questi complicano raramente la gravidanza; sono quasi sempre cistici; la varietà dermoide si riscontra assai più facilmente che non fuori del periodo di gestazione, però questo fatto non è che apparente.

La bilateralità dei tumori si osserva nel 10 per cento circa dei casi.

Il tumore occupa con uguale frequenza sia la cavità addominale, sia la pelvi.

I tumori ovarici bilaterali rendono molto più difficile la gravidanza, e nel 12.5 per cento circa dei casi, sono causa di interruzione di questa

Eccettuato il caso in cui la natura del tumore sia maligna, la sua evoluzione non è affatto influenzata dalla gravidanza.

Si possono avere delle complicazioni a carico di questi tumori, simili a quelle che possono intervenire fuori dello stato gravidico. La torsione sul peduncolo si osserva più frequentemente (17 per cento) che non fuori dello stato di gravidanza (dal 4 al 14 per cento); questa torsione si produce quasi sempre nella prima metà della gestazione (90 per cento) ed è quasi eccezionale nella seconda metà (10 per cento); essa interessa quasi esclusivamente i tumori che hanno sede nella cavità addominale.

Le altre complicazioni, rotture, suppurazioni, emorragie intracistiche sono più rare.

Il travaglio e i tumori dell'ovaio e del parovario. — Se il tumore ha sede nell'addome, esso non ha, ordinariamente, alcuna influenza sul parto; solamente nel 6 per cento dei casi esso porta qualche disturbo, di solito poco importante.

I tumori che hanno sede nel bacino sono causa frequente di distocia e ciò si verifica nel 94 per cento dei casi; e queste distocie sono particolarmente dovute alla immobilità e alla consistenza del tumore, quali cisti dermoidi o tumori solidi. Essi favoriscono sovente il verificarsi di una presentazione viziosa e molto più spesso la procidenza del cordone ombelicale; talvolta pure sono causa d'inerzia uterina secondaria.

La ragione principalissima però, per la quale, i tumori pelvici dell'ovaio alterano il normale andamento del travaglio, si è l'ostacolo meccanico che essi oppongono al passaggio del feto.

Questo ostacolo può essere causa di una rottura dell'utero. Spontaneamente può anche verificarsi il parto, o perchè la cisti sia risalita sopra l'ingresso del bacino, o perchè si sia schiacciata o rotta, o perchè sia discesa all'innanzi della parte presentata. La rottura della cisti o la sua discesa sono le più frequenti a verificarsi e sono molto gravi poichè presentano un'alta percentuale di mortalità (rispettivamente 50 e 25 per cento).

Al contrario il risalire della cisti sopra l'ingresso o il suo schiacciamento sono molto rari.

La ritenzione di placenta o l'emorragia sono eccezionali.

Il puerperio e i tumori dell'ovaio e del parovario. — Il puerperio può subire varie complicazioni, in una terza parte circa dei casi. In questi si osserva: la suppurazione (41 per cento); la torsione sul peduncolo (40.5 per cento); la rottura, l'infiammazione senza suppurazione e la gangrena come esito della torsione e più di rado dell'infiammazione.

***

Diagnosi. — Spesso l'esistenza di un tumore ovarico complicante la gravidanza, resta inavvertita, quando non dà luogo a complicanze, e tanto il medico che la malata non se ne accorgono affatto.

L'esistenza di due tumefazioni, una delle quali con i caratteri dell'utero gravido e l'altra con quelli di un tumore ovarico, di solito permette una diagnosi precisa; possono essere causa d'errore la gravidanza tubarica, il fibroma uterino peduncolato, e la retroflessione uterina. Se una delle tumefazioni è ricoperta dall'altra e sfugge alla palpazione, la sua presenza può passare inosservata e vien fatta diagnosi di gravidanza o di tumore ovarico. Nel caso in cui l'addome sia eccessivamente disteso e tumefatto, l'esame è reso molto più difficile e talvolta è stata fatta

diagnosi di idramnios; la laparatomia esplorativa può talvolta essere indicata in questi casi eccessivamente dubbî.

Le complicazioni a cui può dar luogo il tumore durante la gravidanza sono facilmente diagnosticabili, quando l'esistenza del tumore sia antecedentemente conosciuta. Sono molto difficilmente riconoscibili nel caso inverso.

Spesso durante il travaglio del parto, un tumore che abbia sede nella pelvi, e che fino ad allora era rimasto inosservato, si rivela dando luogo a distocia, e in questo momento è molto facile scambiarlo con un fibroma.

Nel puerperio la diagnosi dell'esistenza di un tumore ovarico è molto facile, di solito. La cosa cambia aspetto, quando nel tumore stesso avvengano complicazioni che possano trarre in inganno e far diagnosticare una peritonite puerperale.

***

Prognosi. — La presenza di un tumore ovarico in gravidanza, può essere causa di danno alla donna in ragione delle complicazioni che possono avvenire nel tumore stesso; durante il travaglio per le distocie che esso tumore può produrre e nel puerperio se avvengano complicazioni nel neoplasma. La prognosi è ancora più grave riguardo al feto.

***

Terapia. — Se durante la gravidanza viene constatata la presenza di un tumore ovarico, occorre quasi sempre l'intervento chirurgico. L'interruzione della gravidanza e la puntura della cisti sono da scartare per molteplici ragioni; l'ovariotomia s'impone.

Questo intervento, in quanto riguarda la madre, è della stessa gravità che se fosse praticato fuori dello stato di gravidanza; in quanto al feto i migliori risultati si hanno quanto più presto viene praticato; ed infatti, l'interruzione della gravidanza si osserva in un decimo dei casi operati nei primi quattro mesi di gestazione; in un quinto di quelli operati al quinto mese; in un quarto di quelli operati al sesto mese; nella metà dei casi al settimo mese, e nei due terzi di quelli operati nell'ottavo e nono mese di gravidanza. Ecco la ragione per la quale occorre intervenire quanto più precocemente è possibile.

Negli ultimi mesi spesso è preferibile non praticare l'intervento operativo, e ciò in rapporto alla altissima frequenza del parto prematuro provocato dall'atto operativo praticato in quest'epoca. Ciò non ostante non è consigliabile astenersi dall'operare, altro che nel caso in cui la donna possa essere sottoposta ad una assidua sorveglianza, e qualora poi il tumore non dia alcun disturbo.

Quando vi siano notevoli disturbi da compressione, quando insorgano complicazioni a carico del tumore, o questo si sviluppi rapidamente, l'intervento operativo si impone, qualunque sia l'epoca della gravidanza.

L'ovariotomia bilaterale non influisce più di quella unilaterale all'interruzione della gravidanza, salvo che non sia nel corso dei due primi mesi.

L'ovariotomia addominale, l'unica praticabile quando il tumore occupi l'addome, deve essere preferita a quella vaginale nei casi di tumori situati nella pelvi. La via vaginale espone difatti a inconvenienti che si possono evitare dalla via addominale, in cui le manovre sono meglio controllabili.

Nell'operazione occorre evitare gli inutili traumatismi dell'utero; però la paura di questi traumatismi, talvolta esagerata, non deve impedire di applicare quelle regole alle quali deve rispondere l'ovariotomia praticata fuori dello stato di gravidanza. L'operatore avrà grande cura dell'emostasi e della ricostituzione delle pareti.

L'atto operativo sarà preceduto e seguito da somministrazione di medicinali capaci di sedare le contrazioni uterine.

Si dovrà, di solito, astenersi dall'intervenire quando si tratti di tumore ovarico situato nell'addome, poichè esso, ordinariamente non influenza il normale svolgersi del parto.

Lo stesso non può dirsi quando si tratti di tumore ovarico situato nella pelvi e che impedisce l'impegnarsi della parte fetale che si presenta. Talvolta il respingere, con dolcezza, il tumore, non offre inconvenienti e può dare ottimi risultati. Il rivolgimento e l'applicazione di forcipe, non sono da tentarsi, in modo assoluto, perchè dannosi sia alla madre che al feto. A più forte ragione, si dica lo stesso delle embriotomie cefaliche. L'incisione vaginale della cisti non è neppure consigliabile. La laparatomia, con l'asportazione del tumore, a cui talvolta si fa seguire il taglio cesareo, costituisce l'intervento d'elezione, al quale si deve ricorrere sempre che sia possibile praticarlo in perfette condizioni. Qualora queste non siano possibili la puntura vaginale è una preziosa risorsa.

Dopo il parto, è preferibile non intervenire e il puerperio decorre normalmente.

L'insorgenza di qualunque complicazione comporta l'intervento d'urgenza, che sarà praticato dalla via addominale. La laparatomia s'impone anche quando vi siano dei dubbî circa i disturbi addominali, e ciò per poter stabilire una esatta diagnosi e trattare opportunamente le lesioni.

Gravidanza tubarica e tumori dell'ovaio. — La coesistenza di una gravidanza tubarica e di

un tumore dell'ovaio non presenta che la difficoltà della diagnosi.

Mola e tumori dell'ovaio. — La coesistenza di una mola e di un tumore dell'ovaio solleva la questione interessante, ma ancora insoluta, dei rapporti che sembrano unire la mola a talune degenerazioni cistiche dell'ovaio. La regressione di queste ultime, constatata più volte dopo l'espulsione della mola, impongono al medico di assicurarsi, prima di intervenire, che il tumore non presenti tendenza a scomparire.

***

H. Barnsby consiglia: 1. Astenersi sempre, salvo complicazioni, e qualunque sia l'età della gravidanza, nei casi di tumori ovarici fissati alla pelvi, molto aderenti e non respingibili: attendere l'inizio del travaglio, e praticare il taglio cesareo, seguito dall'asportazione della cisti e dall'isterectomia, se ne sia il caso.

2. Dall'ottavo mese di gestazione in poi, in casi di tumori alti, assolutamente addominali, attendere, sorvegliando attentamente la malata.

Negli altri casi, l'intervento s'impone appena stabilita la diagnosi, prima dell'ottavo mese.

Circa la tecnica operatoria, occorre aprire largamente, per far presto e vederci chiaro. Il tumore sarà asportato senza aprirlo nè pungerlo come un tumore maligno, evitando eccessive manipolazioni all'utero. La legatura del peduncolo verrà fatta in massa quanto più lontano sia possibile dall'utero.

B. Muret circa le difficoltà diagnostiche ricorda il caso di eccessiva flaccidità dell'istmo dell'utero con o senza ipertrofia del collo; che può essere scambiato per l'intero utero, mentre il corpo uterino gravido, situato lateralmente e unito al collo dall'istmo allungato, che viene scambiato per il peduncolo, spesso è stato diagnosticato come un tumore dell'ovaio.

Nei casi di tumore ovarico situato nella pelvi, è d'opinione che sia utile tentare di respingere il tumore nell'addome sia negli ultimi tempi della gravidanza come pure a travaglio iniziato.

Jayle riporta un caso, nel quale egli asportò l'ovaio col corpo luteo, durante la gravidanza e non ebbe interruzione di questa. Ciò è in contradizione con ciò che si verifica nelle esperienze sugli animali.

Pinard conclude che la migliore condotta dell'ostetrico sia l'intervento operatorio, tranne negli ultimi due mesi di gravidanza, nei quali è consigliabile l'aspettativa, sorvegliando molto attentamente la malata. Nei piccoli tumori si può tentare la riduzione.

F. BAFFONI-LUCIANI.

MEDICINA.

La nevrotomia del nervo laringeo superiore nella disfagia dei tubercolosi.

(A. CHALIER e P. BONNET. *Presse médicale*, 1912; COLLET. *La tuberculose du larynx, du pharynx et du nez.* Paris, 1913).

La laringite tubercolare giunta al periodo del suo decorso in cui produce lesioni ulcerose dell'epiglottide, della glottide e delle pliche ariepiglottiche è accompagnata da una disfagia grave, che inducendo l'infermo a schivare il vitto per evitare il dolore, aggrava sempre più e fatalmente il deperimento organico del paziente.

La disfagia, come tutti i disturbi subbiettivi della sensibilità, va soggetta a grandi variazioni, può persino scomparire dopo aver persistito per settimane. Così in generale si ha vivace e penosissima nella tumefazione delle aritenoidi, o quando esistano ulcerazioni sulla parte posteriore di esse; ma talora si resta sorpresi nel vedere delle gravi lesioni dell'epiglottide e delle aritenoidi non accompagnate da deglutizione dolorosa. Essa raggiunge il massimo d'intensità nella pericondrite della cricoide, in cui di solito non permette l'ingestione di qualche goccia di liquido che a prezzo di dolori fierissimi.

Quanto al meccanismo della disfagia nella tubercolosi laringea risulta, nella maggioranza dei casi, da una deglutizione dolorosa per frizione sulle ulcerazioni aritenoidee o più di rado epliglottiche, per mobilizzazione delle parti infiltrate. In pochi casi questa *disfagia dolorosa* si associa a una *disfagia meccanica* in seguito alla rigidità dell'epiglottide, donde caduta di alcune gocce di liquido nella laringe; oppure il dolore è tale che provoca uno spasmo della faringe con tosse e talora fuoriuscita del liquido dal naso; o infine nel caso di pericondrite della cricoide si formerà un ostacolo, per l'enorme cercine edematoso retrocricoideo. Gli autori escludono che una disfagia meccanica pura esista, fuorchè nei casi eccezionali di tubercolosi ipertrofica dell'epiglottide o di edema gelatiniforme di una aritenoide.

Ad ogni modo la disfagia va curata con energia e con cautela: Spiess consiglia di provvedere contro il dolore, non soltanto come sintoma, ma come punto di partenza, per eccitamento nervoso, di riflessi capaci di influenzare sfavorevolmente la lesione specifica. Inutile ricordare tutti i mezzi medicamentosi e fisici tentati: la galvanocaustica, le scarificazioni, l'elettrolisi, l'amputazione dell'epiglottide, l'asportazione delle aritenoidi, la tracheotomia possono avere le loro indicazioni. Si è ricorso persino alla laringectomia.

Avellis ha proposto la resezione del nervo laringeo superiore: e dopo di lui numerosi autori

furono portati ad agire indirettamente sulla disfagia a traverso il laringeo superiore, la cui branca orizzontale provvede alla sensibilità della porzione sopraglottica della laringe, specie dell'epiglottide, dell'ostio laringeo e del suo versante faringeo, cioè di tutta la regione in cui hanno sede con predilezione le ulcerazioni tubercolari, causa della disfagia. Invece di portare la cocaina a contatto della mucosa o nel suo spessore mediante iniezioni (Spiess, Herzog), il Frey (1906) e Valentin iniettarono la soluzione anestetica a contatto del nervo, nel tragitto in cui è relativamente superficiale e aggredibile, cioè alla faccia esterna della membrana tiro-ioidea. R. Hoffmann (1908) e Lewinstein sostituirono alla cocaina l'alcool, come si usa per le nevralgie del trigemino. Essi ottenero da questo metodo buonissimi risultati; come pure ne ha riferito in senso favorevole, dopo un'ampia esperienza personale, il Poli nel Congresso di Laringoiatria di Venezia nel 1912. La durata dell'anestesia generale si prolunga per alcuni giorni, talora per qualche settimana. Altri ha ritenuto questa manualità pericolosa ed ebbe persino degli esiti letali.

La tecnica di queste iniezioni è semplice: il decorso del nervo laringeo superiore è d'ordinario rilevato da un dolore localizzato alla pressione, in un punto che corrisponde esattamente al mezzo di una linea che riunisce l'estremità superiore del grande corno dello ioide col margine superiore della cartilagine tiroide. L'ago della siringa attraversa a questo punto la pelle, il cellulare sottocutaneo e il pelliciaia e a circa un cm. e mezzo di profondità viene inclinato dolcemente in diversi sensi, sino a che il malato non provi un vivo dolore all'orecchio dello stesso lato. È l'indizio del contatto col tronco nervoso (ramo auricolare del pneumogastrico). Spingere allora lentamente il liquido.

La semplicità di questo metodo è indiscutibile; ma è un metodo che offre tutti gli svantaggi dei processi sottocutanei. Il tramite del nervo può esere più o meno anomalo e può mancare il dolore alla pressione nel punto consueto, così che il liquido iniettato può disperdersi nei tessuti senza raggiungere il tronco nervoso. Si può inoltre incorrere nel pericolo di attraversare con l'ago la membrana tiro-ioidea e di spingere la massa da iniettare sia nello spazio preepiglottico, sia più in dietro, in una delle docce faringolaringee: complicazioni che possono dare dei riflessi respiratori imponenti e degli accidenti dispnoici per edema di queste regioni. Infine il risultato anestesico talora manca (Houlié); oppure la analgesia non dura che poche ore e però bisogna ripetere l'iniezione.

Tenendo presenti queste difficoltà, Chalier e Bonnet hanno proposto la *nevrotomia del laringeo superiore* — analoga alla resezione delle branche periferiche del V paio — nelle disfagie ribelli alle iniezioni anestetiche. Essi affermano che si tratta di un'operazione semplice, paragonabile alla sezione del nervo sopraorbitale, che richiede soltanto l'anestesia locale. Questo intervento non mira che al ramo orizzontale del laringeo superiore, rispettando il nervo laringeo esterno, che l'iniezione invece interessa, influenzando così la motilità del cricotiroideo e la sensibilità della regione sottoglottica. Si deve tuttavia procedere con grande cautela, per evitare specialmente i riflessi respiratori, cercando di scoprire e di sezionare il nervo senza pinzettare o stirare nella dissezione il capo centrale del tronco. L'iniezione preventiva di cocaina e il tamponamento con garza imbevuta dell'anestetico gioveranno a impedire questi fenomeni.

Per l'operazione, il paziente dovrà assumere la posizione analoga a quella per la legatura della carotide esterna. L'operatore si pone del lato dell'intervento; l'assistente, posto di fronte, respinge l'osso ioide verso l'operatore, per renderne prominente il grande corno.

L'atto operativo comprende i seguenti tempi:

1) *Incisione dei tegumenti.* — Riconosciuti i limiti delal regione tiroidea — specialmente i tre *punti di repere,* in dietro il margine anteriore dello sternomastoideo, in alto il margine inferiore dello ioide, in basso il margine superiore della cartilagine tiroide — si fa un taglio orizzontale a eguale distanza dallo ioide e dalla cartilagine tiroide, lungo circa 4 cm., a un cm. di distanza dal margine anteriore dello sternomastoideo e a un cm. dalla linea mediana.

Si seziona la cute, il cellulare sottocutaneo e le fibre anteriori del pellicciaio, con le due lamine connettivali che lo avvolgono. In tal momento si scorge, nella parte superiore della ferita, la glandola sottomascellare, che verrà sollevata; lungo il suo margine inferiore si veggono le branche anteriori del cervicale trasverso del plesso cervicale superficiale, accompagnate da alcune venule di facile emostasi.

2) *Incisione dell'aponeurosi cervicale superficiale.* — Insinuata la tenta, si incidono da dentro in fuori, per tutta la lunghezza del taglio cutaneo, la lamina fibro-aponeurotica sottile e trasparente, che rappresenta nella regione il prolungamento della fasce cervicali superficiale e media. Così sono più o meno scoperti in avanti i muscoli sternotiroideo e omoioideo; ma più che di essi, si deve pensare alla ricerca, in dietro e in fuori, su un piano più profondo, del piccolo muscolo tiroioideo, che col suo margine posteriore offre un punto di repere essenziale. Vediamo terminare alla parte media di tal fascio muscolare un tenue filamento nervoso, che discende obliquamente, proveniente dall'ipoglosso: non

dobbiamo certo scambiarlo con il ramo orizzontale del laringeo superiore.

3) *Isolamento e sezione del laringeo superiore.* — I vasi laringei ed il nervo sono ad immediato contatto della membrana tiroioidea, che essi seguono orizzontalmente: dovremo ricercare con la tenta il ramo superiore del laringeo superiore in sopra ad essi, in un piano un poco più profondo, a breve distanza dal margine posteriore del tiroioideo a circa metà percorso tra lo ioide e la cartilagine tiroide. L'indice sinistro sentirà facilmente l'incisura laterale di questa cartilagine, che dà modo di orientarci agevolmente; e tenendoci in avanti al piano verticale che passa per questa incisura quasi certamente non scopriremo che la branca superiore del laringeo, rispettando il laringeo esterno.

Individuata la branca superiore con un ago di Cooper si solleverà lievemente su di un filo di seta, senza stirarla: in tal modo appariranno le ramificazioni divergenti del nervo al suo ingresso nella membrana tiro-ioidea ed emergerà pure la branca discendente esterna, che deve essere conservata. La sezione cadrà sulla branca orizzontale, tra il suo sfioccarsi terminale e l'origine del laringeo esterno: essa sarà rapida e netta, senza strappamento del tronco. Per evitare una rigenerazione eventuale si potrà escidere il capo periferico del ramo superiore. G. BILANCIONI.

STORIA DELLA MEDICINA.

L'opera di Bartolomeo Eustachio.

Discorso pronunziato il 14 settembre 1913 in San Severino Marche dal sen. prof. F. TODARO.

In tanto entusiasmo col quale gli abitanti di S. Severino Marche commemorano solennemente la memoria imperitura del loro concittadino Bartolomeo Eustachio, io porto l'omaggio reverente dell'Università di Roma che fu teatro delle sue ricerche anatomiche, con le quali *sparse di saper sì largo fiume,* dando il fondamento alla medicina ed aprendo con esse la via al Rinascimento scientifico del XVI secolo. Porto altresì i sensi d'ammirazione della Accademia dei Lincei che sorse un secolo dopo, come corollario della dottrina di Bartolomeo Eustachio.

Lasciate pure esternare in questa solenne occasione la mia gratitudine verso la memoria di tanto Uomo, la cui fama mi ha sorretto nella mia carriera scientifica. Sento ancora il fremito che mi invase quando scoprii il tendine della valvola di Eustachio, che mi aprì le porte agli studî anatomici e mi valse ad essere chiamato dal nostro Governo, appena entrato in Roma nel 1870, ad occupare nell'Archiginnasio della Sapienza quella stessa cattedra dalla quale Bartolomeo Eustachio aveva illuminato la scienza della vita. Ed ora da voi, eccellentissimi signori, sono stato chiamato a far parte del vostro Comitato di onore; epperò accogliete benignamente le mie più vive grazie.

Tralascio di ricordare la vita e le opere di B. Eustachio che in questa occasione il dott. Bilancioni ha studiato con intelletto di amore in un opuscolo nel quale si trova raccolto quanto si conosce intorno alla vita di Lui e quanto si è scritto sulle sue scoperte. Mi piace solamente ricordare che Morgagni, Haller e Cuvier affermarono non esservi stato anatomico che ne avesse fatte quanto Bartolomeo Eustachio.

Voglio però insistere sopra l'influenza esercitata dal metodo scientifico di Lui, il quale ha apportata la riforma della medicina e, come ho detto di sopra, è stato il precursore del rinascimento scientifico.

Egli scrisse con molta eleganza il latino, fu annoverato fra gli umanisti più eminenti e dai suoi contemporanei fu ritenuto il più profondo conoscitore delle lingue antiche, specialmente della greca e dell'araba.

Ma per quanto conoscesse Avicenna e gli Arabi non tenne conto di essi, essendo medici empirici; invece ammirò Galeno che aveva dato alla medicina l'indirizzo scientifico.

Galeno alla anatomia fortuita o delle ferite, che dominava nei tempi a lui precedenti e cercava soltanto di conoscere nelle varie parti del corpo umano quella ritenuta letale, sostituì la ricerca dell'uso o funzione delle parti, inculcando doversi studiare l'organo in tutta la sua compagine *ad minimas particulas usque, quae et ipsae sint sensilia elementa.*

L'Eustachio accettando il principio scientifico di Galeno, fu amante del vero e, con le sue ricerche comparative sulla anatomia dell'uomo e degli animali, diede fondamento alla anatomia fisiologica ed esercitò un grande ascendente sugli anatomici suoi contemporanei.

Egli, avendo ottenuto dai Papi l'autorizzazione di sezionare i cadaveri dell'Ospedale di S. Spirito ed un luogo adatto per fare le dissezioni, delle quali fu il primo a stabilire le regole, rese famosa la Scuola anatomica di Roma tanto che da tutte le parti, italiani e stranieri, accorrevano per apprendere dal Grande Maestro l'anatomia scientifica.

Studiò le alterazioni che inducono nel corpo umano le malattie, cercò stabilirne la sede e trovare la causa prossima della morte, iniziando così lo studio di ciò che poi fu detta anatomia patologica.

Istituendo il paragone fra i risultati della anatomia umana con quella degli animali fondò l'anatomia comparata; ed in tanta abbondanza di

cadaveri, studiando il corpo umano allo stato adulto e allo stato fetale, segnò il primo passo alla embriologia, della quale il primo libro *De umanu foetu,* fu scritto dal suo amico e seguace Aranzio.

Volcher Koyter, uno degli stranieri venuto ad apprendere l'anatomia da Eustachio, fu il primo che si occupò dello sviluppo del pollo sostenendo che questo nasce da un cerchietto (*orbiculum*) che acquista l'uovo nel primo giorno di incubazione; ma la embriologia del pollo fu creata da Malpighi che, avvantaggiandosi del microscopio divenne il grande Embriologo del suo secolo.

Lo studio delle minime particelle quali elementi sensibili apportò, dopo la riforma di Galileo nella fisica, la grande rivoluzione scientifica nel campo della biologia per opera di Borelli e Malpighi, la quale con l'anatomia comparata, la anatomia patologica e la embriologia è corollario della dottrina fisiologica sostenuta da Bartolomeo Eustachio.

Questa grande rivoluzione scientifica ebbe il nome di filosofia sperimentale, che portò il tracollo alla scolastica: gli scolastici cercarono le cause finali e formali, mentre Borelli e Malpighi cercarono le cause reali o meccaniche dei fenomeni della vita: queste cause per Borelli erano soltanto fisiche, ma Malpighi dimostrò che esse sono fisico-chimiche: più tardi Spallanzani fece conoscere che le cause meccaniche o fisico-chimiche agiscono sugli elementi nell'intima trama dei tessuti.

Quindi Bartolomeo Eustachio non solo ebbe grande ascendente sui suoi contemporanei, ma esercitò una grande influenza sul movimento scientifico posteriore che discende direttamente dalla sua dottrina.

Eustachio notò gli errori in cui era caduto Galeno, ma lo difese vivamente dagli attacchi di Vesalio, il quale sostenne che Galeno non aveva sezionato cadaveri umani, ma fondata la sua anatomia sopra la dissezione delle scimmie e degli animali domestici; Eustachio fece rilevare che Vesalio stesso, nella sua grande opera, aveva attribuito alla anatomia umana i risultati delle ricerche fatte sugli altri animali.

Certamente questi due ingegni singolari, tennero il campo dell'anatomia: Andrea Vesalio fu il creatore dell'indirizzo che oggi chiamiamo morfologico; Bartolomeo Eustachio, con la genialità delle sue ricerche anatomiche, diede il fondamento all'anatomia fisiologica. A loro noi dobbiamo il progresso realizzato dalla scienza della vita nella conoscenza degli esseri viventi. La morfologia cerca le relazioni che intercedono fra le forme organiche e stabilisce, sopra le differenze e le rassomiglianze, i nomi, i sistemi e l'origine delle specie; la fisiologia ne indaga le cause fisico-chimiche o meccaniche che fanno variare gli organismi discendenti da un comune progenitore e rappresentano il divenire dell'infinito numero degli esseri viventi che popolano la superficie della terra.

Con la morfologia la scienza cerca le parentele degli organismi viventi delle quali ricostituisce lo stipite, già sparito, e in ciò sta l'alta sua missione che si collega con la funzione della quale la forma è l'estrinsecazione.

Oggi la morfologia causale, o la meccanica dello sviluppo, indaga le cause fisico-chimiche o meccaniche dell'origine, della conservazione e dell'involuzione delle forme organiche.

Questo grande movimento scientifico parte dalle ricerche anatomiche dell'insigne vostro concittadino Bartolomeo Eustachio. Innanzi alla maestà di tanto nome, dopo quattro secoli, l'umanità si inchina reverente.

OSSERVAZIONI CLINICHE

DISPENSARIO « RE UMBERTO » IN ROMA
(Via dei Riari, 48).
Direttori: prof. MARCHIAFAVA, G. QUIRICO e G. BASTIANELLI.

Sull'applicazione ambulatoria del metodo Forlanini nella cura della tubercolosi polmonare

per il dott. LORENZO CHERUBINI.

Il metodo del Forlanini nella cura della tubercolosi polmonare specialmente dopo la brillante comunicazione e discussione fatta nell'ultimo congresso antitubercolare è entrato definitivamente e vittoriosamente nella pratica. Fin dal gennaio u. s. anche nel Dispensario «Re Umberto» ho cominciato a trattare alcuni casi con questo metodo e credo opportuno esporne i primi risultati ottenuti.

I casi nei quali ho usato il trattamento piuttosto a lungo sono stati fino ad oggi dodici, e li ho scelti seguendo le indicazioni principali per esso metodo e sopratutto la monolateralità della lesione e la mancanza di aderenze pleuriche.

Ho scelto casi non troppo avanzati perchè ho da superare giornalmente una difficoltà non lieve qual'è quella che i malati non avendo modo di potersi fermare all'Istituto (si tratta di un Dispensario e non di un Ospedale) ricevono la loro iniezione di azoto soltanto ambulatoriamente. Anzi trattandosi di poveri, essi vengono all'Istituto a piedi e ne ripartono dopo l'iniezione di azoto percorrendo spesso delle notevoli distanze.

In ogni modo però i casi trattati sono di lesione conclamata sia per la sintomalogia clinica, sia per l'esame dell'escreato (sempre positivo per il bacillo di Koch) sia per l'esame radioscopico.

A proposito di questo dirò che lo reputo un ausilio necessario e indispensabile a questo trattamento ed essendo l'Istituto fornito di un impianto radiologico completo seguo caso per caso e direi quasi giorno per giorno le condizioni e le modalità del progressivo schiacciamento del polmone.

Naturalmente la cura del pneumotorace non esclude l'uso di quei farmaci che nella terapia dei tubercolosi si sono dimostrati utili ed i miei malati quindi hanno continuato a fare uso di jodio, arsenico, ferro, lecitina, ecc. a seconda dei casi.

Non posso ancora tirare molte conseguenze sulla bontà assoluta del metodo di cura. È noto che questo nuovo trattamento della tubercolosi polmonare non può decidere in poco tempo della guarigione assoluta della malattia. L'immobilizzazione del polmone deve durare molti e molti mesi e qualche anno per dar modo all'organismo sottratto alla febbre ed alla intossicazione continua, di riprendere vigore ed aver ragione del focolaio tubercolare. In ogni modo però sui vantaggi del metodo non c'è più da discutere e fa veramente piacere vedere che anche al di là dei confini d'Italia esso venga applicato su larghissima scala. È vero che qualche volta il nome del Forlanini viene aggiunto ad un nome straniero o del tutto cambiato in questo, ma i più per fortuna riconoscono che il metodo di cura è una conquista puramente italiana.

Riunisco i casi in un'unica tabella, sintetizzando in tante colonne i fatti principali inerenti al decorso della malattia e del trattamento.

Come si vede dallo specchio dei dodici casi trattati o, per essere più esatti cominciati a trattare, tre hanno un decorso veramente incoraggiante. Sono i casi nn. 1, 2 e 6. Si tratta d'infermi con lesioni molto estese, con sintomi (febbre, tosse, quantità di escreato, emottisi) piottosto gravi e che con questo metodo di cura vanno notevolmente migliorando in tutto.

L'inferma n. 1 era profondamente anemizzata per gravi e frequenti emottisi ed iniziò la cura con una temperatura che di sera raggiungeva e sorpassava anche i 39°. Fin dalle prime iniezioni di azoto la febbre diminuì e scomparve rapidamente in meno di due settimane. Mai più ebbe emottisi. È andata sempre migliorando, è aumentata di peso di vari chilogrammi, è tornata alle faccende domestiche.

Lo sputo si mantiene positivo, però la quantità dell'escreato che ora emette è senza paragone inferiore a quella che emetteva prima.

Anche i casi nn. 2 e 6 hanno avuto dal trattamento un resultato favorevolissimo; sono inferme che hanno cambiato aspetto. Inoltre in queste l'esame dell'escreato, eseguito più volte, è stato negativo. E si noti che essendo l'escreato diminuito notevolmente ho usato l'antiformina per l'arricchimento dei bacilli e oltre la colorazione di Ziehl ho usato altri metodi di colorazione, come quello di di Spengler e specialmente quello veramente ottimo di Much.

Quanto agli altri casi il resultato non è ancora manifestamente favorevole. Qualcuno non ha ancora ricevuto la carica di azoto sufficiente, qualcun altro infine pur avendola avuta non ha ancora risentito benefici rimarchevoli come negli altri casi. In tutti però, eccetto nei casi nn. 3 e 4, qualche sintomo va migliorando. Così ad esempio nell'inferma n. 7 lo sputo è risultato negativo e la tosse del tutto scomparso. Permane ancora la debolezza generale, lo stato di anemia e continua una leggera diminuzione del peso.

Quanto al caso n. 4 si tratta di una ragazzina di 9 anni che mentre dal trattamento aveva buoni resultati ammalò di meningite tubercolare. Purtroppo è noto che questa complicazione è frequente, e specialmente nei soggetti molto giovani.

Il caso n. 3 è un giovinetto di anni 17 in condizioni generali sproporzionatamente più gravi di quelle locali e di temperamento eccitabilissimo. È l'unico che abbia sopportato male il trattamento; pur non avendo aderenze non tollerava che pochi cc. di gas ogni volta, e subito dopo l'iniezione accusava sempre una forte sensazione dolorosa al petto e per due o tre ore aveva un po' di dispnea di frequenza. Talvolta la sera del giorno in cui praticavo l'iniezione la temperatura raggiungeva un grado maggiore delle altre sere. Circa un mese fa ho dovuto interrompere il trattamento.

Come ripeto si tratta di un metodo di cura che deve essere applicato per lungo tempo e quindi questa mia nota più che dei resultati veri e propri ha per iscopo di mostrare come il metodo sia di applicazione facile e direi quasi privo d'incidenti almeno gravi.

I risultati definitivi si potranno osservare fra qualche anno, dopo cioè che si saranno osservati

Numero	Nome, cognome ed età	Diagnosi	Sintomi principali prima del trattamento	Modificazioni dei sintomi dopo più di tre mesi di trattamento	Annotazioni
1	F... Olimpia, d'anni 21	Bronco-polmonite lobo superiore destro con escavazioni. Fatti iniziali anche a sinistra	Febbre fino a 39°, tosse intensa, escreato abbondante (+). Emottisi gravi e ripetute, anemia. Peso Kg. 52.200	Scomparsa di quasi tutti i sintomi, poca tosse al mattino, sputo ancora (+) ma scarsissimo. Mai più emottisi. Condizioni generali notevolmente migliorate. Peso chilogr. 60.500	
2	A... Margherita, d'anni 19	Bronco-polmonite lobo superiore destro con segni di ulcerazioni	Tosse, escreato abbondante (+) sudori notturni, 1 emottisi leggera. Temp. la sera intorno a 38° Peso Kg. 46	Scomparsa febbre e dei sudori notturni, tosse escreato scarsissimo (—). Condizioni generali notevolmente migliorate. Peso Kg. 53	
3	P... Pietro, d'anni 41	Bronco-alveolite apice S	Tosse modica e scarso espettorato (+). Febbre leggera, 1 emottisi leggera, dimagramento, condizioni generali scadenti. Peso Kg. 42	..	Si riesce ad iniettare poco gas ogni volta e con tutto ciò l'infermo sopportava poco l'iniezione. Si è costretti a interrompere la cura.
4	P... Raffaella, d'anni 9	Bronco-polmonite lobo superiore S	Dimagramento, febbre, scarsa tosse, espettorato (+) abbondante. P. 29	..	Ammalata di meningite tubercolare.
5	G... Giuseppina, d'anni 41	Bronco-alveolite apice S	Modica tosse, espettorato (+), debolezza generale, non febbre, non emottisi. Condizioni generali buone. Peso Kg. 77	Tosse, espettorato (+) un po' diminuiti. Condizioni generali migliorate	
6	G... Elisa, d'anni 29	Bronco-polmonite lobo superiore S	Febbre leggera, tosse ed espettorato abbondanti (+) 2 emottisi, condizioni generali discrete, qualche volta sudore notturno. Peso Kg. 55	Scomparsa della febbre, della tosse, espettorato scarsissimo (—). Mai più emottisi. Condizioni generali ottime. Peso Kg. 61	
7	G... Teresa, d'anni 23	Bronco-polmonite lobo superiore D	Modica tosse, espettorato (+), 2 emottisi, dimagramento, debolezza non febbre. Peso Kg. 49	Scomparsa della tosse, espettorato scarso (—). Peso Kg. 48	
8	F... Ines, d'anni 18	Bronco-polmonite apice D, fatti iniziali a S	Scarso espettorato (+) e tosse, emottisi di cui una gravissima. Non febbre, condizioni generali buone, una lieve pleurite. Peso Kg. 49	Non più emottisi. Tosse ed espettorato (+) idem. Condizioni generali migliori. Peso Kg. 50	
9	D... Adriano, di anni 22	Bronco-polmonite lobo superiore D. Fatti ini- anche a sinistra	Tosse ed espettorato abbondanti (+), 3 emottisi gravi. Febbre serotina a 38.5, dimagramento. Peso Kg. 60	Tosse ed espettorato diminuiti (+). Febbre idem. Condizioni generali notevolmente migliorate. Peso Kg. 62	
10	F... Francesco di anni 28	Bronco-polmonite lobo superiore D	Modica tosse ed espettorato (+) leggera febbre serotina, anemia, dimagramento. Peso Kg. 64.500	Tosse ed espettorato diminuiti (+). Febbre serotina scomparsa. Peso Kg. 65	
11	S... Giulia, d'anni 29	Bronco-alveolite lobo superiore D	Tosse ed espettorato abbondanti (+) debolezza, dimagramento non febbri. Peso Kg. 65	Condizioni pressochè immutate dopo 1 mese di trattamento	È costretta a lasciare Roma.
12	B... Amelia, d'anni 21	Bronco-polmonite lobo superiore D	Febbre fino a 38°. Tosse ed espettorato abbondanti (+), dimagramento, debolezza. Peso Kg. 47	Tosse ed espettorato (+) un po' diminuiti, febbre un po' diminuita Persiste il dimagramento e la debolezza. Peso Kg. 46	

un numero grande di malati e dopo che si sarà insistito molto nel trattamento. Posso però fin d'ora affermare che il metodo di Forlanini è veramente eccellente in questa malattia, la quale pur troppo fino ad oggi, se si toglie il soggiorno prolungato nei Sanatori (il che soltanto i benestanti possono fare) ha ben poche risorse dalla scienza medica.

Esso è un metodo di cura di applicazione relativamente facile e si può benissimo eseguire anche ambulatoriamente, il che si fa già in altre città. Infine, scegliendo bene i soggetti, i resultati non possono essere che molto soddisfacenti e in qualche caso anche ottimi. Sulla scelta dei soggetti secondo me occorre tener presente non solo i fatti inerenti alla malattia ma anche alla qualità degli infermi stessi. Occorre che il malato comprenda bene in che consiste il metodo di cura e ciò perchè si persuada che si tratta di una cura lunga ed in cui la pazienza ed il buon volere del medico non devono e non possono andare disgiunti da quelli dell'infermo.

Tutti i medici sanno che col riposo a letto, con l'ipernutrizione e le medicine convenienti si riesce a diminuire e a far scomparire anche alcuni sintomi molesti della tubercolosi polmonare, come febbre, tosse, emottisi, ecc., ma con il pneumotorace nei casi favorevoli ciò si ottiene con grande rapidità senza che l'infermo sia costretto a letto per lungo tempo. E ciò, io credo, è un grande vantaggio.

Quanto agl'inconvenienti io per fortuna non ho avuto a lamentarne che molto lievi. Non ho mai avuto casi di versamento pleurico, sebbene ciò sia una cosa non rara. Ho avuto in qualche caso un po' di dolore subito dopo la prima iniezione, quasi mai nelle successive. In generale dopo un paio di ore di riposo (in un sol caso dovetti praticare un'iniezione calmante) tutto scompare. Ho avuto una volta un po' di enfisema peritracheale, che non ebbe altra conseguenza che l'inferma per un giorno ebbe voce nasale, belante. Naturalmente l'esperienza mi ha insegnato caso per caso, a seconda delle circostanze e dei disturbi avvertiti dall'infermo, o di ridurre la quantità di azoto iniettata o d'interporre fra due iniezioni un riposo maggiore, di cambiare spazio intercostale e regione della iniezione, ecc. Sono piccoli dettagli che in ogni metodo di cura ogni medico adatta e modifica facendo tesoro dell'esperienza degli altri e specialmente della propria.

In due casi infine ho notato all'esame radioscopico, forse per eccessiva immissione di gas, uno spostamento del mediastino e del cuore. Questo fatto però che a prima vista potrebbe sembrare di una certa entità non ha di fatto che una scarsa importanza; i malati non notano che una leggera dispnea da sforzo, dovuta credo, più a un po' di compressione dell'altro polmone che allo spostamento del centro cardio-vascolare. In ogni modo l'inconveniente (che si è ripetuto) non dura che un giorno o poco più, dopo di che scompare la dispnea e alla radioscopia si vede il mediastino e il cuore tornare alla posizione fisiologica.

Questi con assoluta obiettività i fatti che ho notato durante circa quattro mesi nei miei ammalati. Ho la sicurezza che va insistito sul trattamento perfezionando più di tutto con l'esperienza, i particolari della tecnica ma specialmente i criteri della scelta dei soggetti. Per mio conto posso dire che la maggiore soddisfazione e il miglior incoraggiamento l'ho avuto dai malati stessi i quali non solo aumentano rapidamante di numero, ma con vera fede e con la più grande spontaneità vengono al Dispensario a fare la cura partendosi spesso dai punti più lontani della città.

Certo nel Dispensario, che Sua Maestà la Regina Margherita con spirito di alta e nobile iniziativa ha creato e che con vera regalità fa funzionare, all'infuori della degenza a letto, ho a disposizione non soltanto il necessario ma tutte le condizioni favorevoli acciocchè questo trattamento eseguito anche ambulatoriamente abbia quei brillanti risultati che l'ideatore prima preconizzò e poi ottenne.

Roma, aprile 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

(Seduta del 16 luglio 1913).

C. Moreschi. *Ulteriori osservazioni sulla funzione antigena del b. del tifo nei leucemici* — L'A. facendo seguito ad alcune osservazioni già comunicate a questa Società, riferisce intorno a quattro casi di leucemia mielogena e ad uno di leucemia linfatica, inoculati per via endovenosa con b. del tifo uccisi al calore secondo il metodo Söffler in dosi da 0.001 a 0.006 di ansa normale. Conferma il mancato potere antigeno nei riguardi

delle agglutinine (1:20) in un caso dopo una sola iniezione, in un secondo caso solo dopo la terza iniezione. In individui normali od affetti da altre malattie, dosi di 0.001-0.002 di ansa normale dànno sieri agglutinanti fra 1:320-1:160.

E. Mameli. *Sulle sostanze coloranti dei legni tintori.* — Le formole di costituzione delle sostanze coloranti dei legni tintori sono note per la morina, la maclurina (legno giallo del Brasile) e la fisetina (legno di scotano), ignote per la santalina e gli altri principî del legno di sandalo, incompletamente note per la brasileina (legno rosso del Brasile e analoghi) e per l'ematossilina (legno di campeggio). Quest'ultime due hanno importanza anche dal punto di vista fisiologico e terapaeutico perchè hanno azione piretica (Valenti, 1912). Per quanto si conosce finora (Kostanecki, Perkin) la molecola di entrambe tali sostanze deve contenere il nucleo del cromanone non ancora noto. L'A. per condensazione dell'ortocresolato di sodio con cloroacetato di etile ha ottenuto l'etere etilico dell'acido ortocresolacetico e l'acido corrispondente, i quali per chiusura di un nucleo piranico possono dare il cromanone.

Patta. *Ricerche intorno alla eliminazione della trimetilamina dall'organismo.* L'A. dopo aver confermate precedenti ricerche (secondo le quali minima è la quantità di trimetilamina normalmente presente nelle urine) ha studiato l'eliminazione della trimetilamina in animali ai quali venivano somministrate alte dosi di lecitina e di colina. In tali condizioni si verificò un lieve aumento della trimetilamina eliminata; aumento però estremente inferiore a quello calcolato, supponendo che l'intera dose di lecitina o di colina somministrate si fosse scissa nell'organismo per dar luogo alla quantità teorica di base terziaria. È sopratutto per tale fatto che l'A. è portato a ritenere che la trimetilamina presente nelle urine non possa in alcun modo costituire quell'indice sicuro dell'intensità del metabolismo della lecitina, che sperimentatori precedenti hanno sostenuto essere.

G. Mariani. *Note istopatologiche sulla infezione blenorragica dei canali parauretrali.* — L'A. si sofferma specialmente sopra uno dei sei casi studiati, nel quale fu operata l'asportazione *in toto* di un lungo canale parauretrale ventropeniamo, sotto forma di grosso cordone con varie nodosità infiammatorie intercalate nel suo decorso. L'esame seriale del pezzo asportato dimostra che si tratta di « un processo infettivo, di origine gonococcica, di natura nettamente granulomatosa, a decorso cronico, svoltosi a carico di un canale epiteliale, decorrente per lungo tratto (circa 7 cm.) parallelamente all'uretra, sul lato ventrale del pene, e sboccante alla base di un frenulo normale, in individuo non ipospadico ». Questo canale per buona parte del suo decorso è rettilineo ed unico, ma nella sua parte posteriore diventa meandriforme a più braccia, ognuna delle quali termina a fondo cieco, senza assumere contatti di sorta col canale uretrale. La parete del canale è rivestita da un epitelio polistraficato, a tipo epidermico; mancano traccie di ghiandole di qualunque natura. Il tessuto pericanalicolare, sebbene ricco di vasi, più o meno dilatati, non presenta un aspetto che possa giustificare un confronto con tessuti cavernosi o spugnosi erettili periuretrali; non si può perciò parlare di uretra accessoria (impervia) nel vero senso completo della parola (caso Jeandreau-Jourdan). Il tessuto infiammatorio assume intorno al canale anomalo un aspetto assolutamente granulomatoso ben costituito: cellule infiltrative svariate, reazione fibroblastica intensa, focolai epitelioidi, accumuli plasmatici, cellule giganti, fenomeni progressivi e regressivi di reazione e riparazione.

In modo speciale sono da notare: 1) il numero straordinario delle cellule plasmatiche (nei vari stadi di sviluppo), che costituiscono un vero plasmona nella zona di maggiore intensità del processo infiammatorio; 2) l'alta percentuale dei polinucleati eosinofili, fatto che si constata molto frequentemente nelle reazioni alle tossine gonococciche; 3) il modo col quale si comporta, di fronte all'invasione del processo morboso, il tessuto epiteliale, che si lascia passivamente intaccare, attraversare, smembrare senza opporre alcuna resistenza, almeno sotto forma di adattamento, come avviene nell'uretra funzionante; 4) la presenza, lungo il decorso del canale parauretrale, di formazioni nodulari, che corrispondono ad altrettanti granulomi gonococcici di tipo plasmatico con presenza di cellule giganti e tendenza al lento rammollimento ed alla parziale fusione e con successiva apertura alla superficie cutanea; 5) il numero limitatissimo di agenti specifici infettivi che è dato di riscontrare in seno ad un così vasto e grave focolaio morboso. Riguardo all'origine della formazione canalicolare anomala, la sede, il decorso, il punto di sbocco, la struttura di essa concorrono a far pensare che si tratti di una produzione uretro-simile sviluppatasi da una lunga linea o serie di cellule epiteliali di rivestimento, rimasta inclusa nel tessuto dermo-ipodermico al momento della chiusura della doccia ventrale del pene (ripiegature genitali); è dunque un canale parauretrale « da inclusione epidermica embrionale ».

VALENTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Note bacteriologiche sul reumatismo articolare acuto.

Sacquépée ha istituito una serie di ricerche bacteriologiche per controllare quanto finora si conosce del reumatismo articolare acuto (*Paris Méd.*, 2 agosto 1913).

L'A. ha fatto in ogni caso l'esame diretto el sangue, ma esso è stato sempre negativo; contemporaneamente e prima che si cominciasse la terapia salicilica, egli ha praticato l'emocultura con terreni (brodo, brodo-ascite) atti allo sviluppo degli aerobî, con terreni per gli anaerobi (brodo sotto l'olio di vasellina, latte sotto lanolina), infine con sacchi di collodion inclusi nel peritoneo delle cavie o ei conigli.

I casi esaminati 25; di essi 18 resultati negativi, 7 positivi con reperto di germi diversi aerobî; le culture in anaerobiosi e in sacchi di collodion sono state il più delle volte negative o hanno dato per resultato gli stessi germi delle culture aerobiche.

Tre volte si è sviluppato un enterococco, una volta un tipico streptococco, una volta un tetrageno, una volta un bacillo coi caratteri del b. di Pfeiffer, una volta un bacillo indeterminato, immobile, gramresistente, aerobio, che si sviluppava su tutti i terreni di cultura.

L'emocultura in genere è stata negativa nelle forme meno gravi, essa invece è stata positiva in quelle forme gravi che hanno prolungato il loro decorso a malgrado della somministrazione di salicilici.

Paragonando tali resultati con quelli finora noti, l'enterococco, o diploococco ovalare è stato pure segnalato da Leyden, Triboulet, Thiercelin, ecc.; la sua presenza è però incostante tanto che a disagio si potrebbe considerare come l'agente del reumatismo articolare acuto.

Beattie e Wassermann hanno incriminato lo streptococco, Triboulet e Coyon hanno una volta ritrovato un bacillo fino, infine di tanto in tanto è stato da varî autorî segnalato uno stafilococco (aureo-bianco).

Il bacillo di Achalme ha subito varia fortuna: nelle ricerche dell'A. una sola volta s'è sviluppato un bacillo che ad esso si poteva rassomigliare. Bisogna ricordare che bacilli simili a quello di Achalme sono assai frequenti nell'organismo, sicchè specialmente nel corso di malattie gravi esso può essere ritrovato in circolo senza che nessun rapporto etiologico abbia con la malattia.

In conclusione l'A. crede che accanto al quadro clinico del reumatismo articolare acuto, nettamente limitato dai sintomi, evoluzione, lesioni e complicazioni, i diversi germi isolati non dànno affidamento come causa della malattia stessa. Gli stessi germi possono riscontrarsi al di fuori del reumatismo articolare acuto, ed è verosimile che essi costituiscano delle vere infezioni insorte nel decorso della malattia; passerebbero in circolo favoriti dei disturbi provocati dall'infezione specifica.

La causa di questa resta ancora sconosciuta, e le infezioni complicanti aggravano solo e rendono refrattaria la malattia all'uso dei preparati salicilici. *t. p.*

CASISTICA e TERAPIA

Glandole a secrezione interna e sangue.

Le affezioni cutanee dei diabetici.

La frequenza delle affezioni cutanee nei diabetici dimostrano i rapporti che debbono esistere tra malattie del ricambio ed alterazioni cutanee. Sulla essenza di questi rapporti si sono escogitate varie teorie, senza che si possa affermare qualche cosa di scientificamente esatto.

Non tutte le affezioni cutanee che si incontrano nei diabetici debbono dipendere dalla malattia in questione: al più ciò si può ammettere quando esse nei diabetici assumino una forma speciale. Il Bettmann (*Deutsche Med. Woch.*) espone a questo proposito idee abbastanza nette, di cui io riferirò in breve le conclusioni:

Per quel che si riferisce all'eczema, si può ammettere senz'altro una dipendenza col diabete: la frequenza degli eczemi nei diabetici è addirittura impressionante: essi forse sono favoriti dalle condizioni della cute ora secca e facilmente desquamantesi, ora ricoperta di sudore acre. Per quel che si riferisce alla psoriasi i rapporti sono molto più problematici tanto più che le statistiche non ne parlano in favore e lo stesso si può dire del Lichen ruber: però in molti casi le affezioni cutanee che si incontrano nel diabete, senza esserne direttamente dipendenti, possono essere l'espressione della profonda alterazione della funzione endocrina che caratterizza il diabete.

È interessante però lo studio dell'influenza che esercita le iperglicemia sull'insorgenza o sul decorso di speciali affezioni cutanee: dall'esperienza dell'A. risulterebbe che tale rapporto non esiste. Il contenuto in zucchero del sangue ha invece una

spiccata influenza sui processi parassitari ed infettivi cutanei, così nel tricophyton, sia soprattutto nelle affezioni stafilococciche: sulle ragioni del decorso più grave di tali infezioni le opinioni sono discordi.

I rapporti tra diabete ed herpes zoster sono molto discussi: certo si può ammettere che tale malattia è molto frequente nei diabetici: sul meccanismo di tale produzione vi è da domandarsi se il diabete non agisca per mezzo del suo fattore tossico o indirettamente favorendo le infezioni dei gangli spinali.

I diabetici hanno speciale tendenza alla pigmentazione della cute; questo fatto trova la sua più ampia espressione nel diabete brozino.

Il Xanthoma diabetico rappresenterebbe l'unica affezione puramente specifica: le opinioni degli autori in proposito però non sono concordi.

P. A.

La terapia degl'idrati di carbonio nel diabete.

La dietetica dei diabetici era fino a qualche anno fa troppo rigorosa; oggi si è visto che esistono idrati di carbonio che non solo non abbassano la glicosuria, ma elevano la tolleranza per lo zucchero. L'uso del latte si adopera nella dieta dei diabetici fin da lungo tempo e specialmente nelle forme di diabete neurogeno è utilissimo; ciò si spiega colla facile tollerabilità dell'albumina del latte e coll'assorbimento lento dello zucchero di latte. Sulla somministrazione del riso ai diabetici gli autori non sono d'accordo; le patate, soprattutto nell'acidosi, sono indicate per il forte contenuto in acqua e sostanze alcaline. La cura dell'avena è indicata specialmente nelle forme di diabete che decorrono con acidosi, nel diabete infantile e prima e dopo gl'interventi operatori praticati nei diabetici. È da escludersi la ipotesi che la farina di avena si comporti nel ricambio in modo diverso che le farine di altre graminacee; è stato visto che anche la farina di grano presenta gli stessi effetti quando si limiti o si abbandoni completamente l'uso della carne nella dieta. È opportuno prima e dopo la cura delle farine (avena, grano) adoperare la dieta dei legumi e delle uova giacchè sembra che in tal modo viene favorito lo sviluppo della flora idrocarbonata intestinale per cui gl'idrati di carbonio introdotti vengono meglio utilizzati. Il pane non è tollerato forse per le modificazioni gl'idrati di carbonio subiscono nel processo di preparazione e di cottura: quindi le farine vanno somministrate sempre in forma di zuppe nella quantità che il paziente ne tollera. Nei giorni di cura farinacea la razione albuminoide non deve essere inferiore ai 50-60 gr. *pro die*: deve essere intercalato di quando in quando un giorno di cura idrica con piccola quantità di frutta.

La tolleranza dei vari idrati di carbonio varia da caso a caso e quindi va esperimentata sempre ad adoperare quello meglio tollerato. Le ricerche sulla glicosuria alimentare hanno dimostrato che l'eliminazione dello zucchero è maggiore quando lo zucchero è dato in forti dosi che a piccole dosi ripetute. Quindi è necessario tener presente questo principio in ogni caso. La inulina si è mostrata utile nei casi gravi di diabete che decorrono con acidosi sempre facendo precedere e seguire la dieta di erbaggi e di uova. Nei casi gravi di diabete è sempre opportuna la dieta vegetariana perchè è ricca in alcali e agisce calmando la fame e la sete e per il lento assorbimento favorisce l'utilizzazione degl'idrati di carbonio in essa contenuti.

(Strauss. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, maggio 1913). P. A.

La terapia dell'obesità secondaria allo stato dispeptico.

La dispepsia è in genere una causa di dimagramento, ma essa è anche una causa frequente di obesità, specialmente nei giovani e nel sesso femminile. Questo fatto, sostenuto dal Leven, viene ora universalmente trovando conferma.

L'interpretazione che ne dà il Leven può essere anche accolta con riserva, però il fatto esiste, come lo dimostrano i risultati di una dietetica razionale. Il Pron ha presentato alla «Société de thèrapeutique» un caso importante dal punto di vista della terapia (*Bull. Med.*, n. 60, 1913).

Si trattava di un malato di 44 anni, obeso, dispeptico da dieci anni, benchè menasse una vita attiva della campagna: egli fu messo al regime abituale dei dispeptici leggeri: il mattino caffè e latte con pane abbrustolito, a mezzogiorno e la sera *purée* di legumi, paste, riso, uova, pesce magro, frutta cotte e dolci e composte: poca carne, due volte la settimana a mezzogiorno, quasi niente pane, non vino, nulla tra i pasti o al più un bicchiere d'acqua. Durante i pasti libertà di mangiare fino a sazietà.

L'infermo doveva dormire otto ore ed un'ora dopo i pasti: non purghe o clisteri.

In quattro settimane il peso si abbassò da 90 a 83 kg. mentre la dispepsia migliorava e le forze divennero maggiori. Casi del genere sono ora riferiti da numerosi autori. Bouchard ha notato che in un quarto circa degli obesi esistono fenomeni dispeptici.

La cura antidispeptica della obesità non dà risultati così evidenti come molte altre cure più severe e più sistematiche, ma rischia molto meno di compromettere le forze e la salute. Sembra che questa scelta di alimenti, di digestione molto facile porti il malato al suo peso fisiologico.

P. ALESSANDRINI.

La rigenerazione del sangue in seguito all'uso del ferro.

Il meccanismo dell'azione terapeutica del ferro nella clorosi è ancora oscuro: alcuni ammettono una trasformazione diretta del ferro circolante in emoglobina: altri, come il v. Noorden, sostengono un'azione eccitante sul sistema emopoietico. Lo Schmincke ha fatto una serie di determinazioni della massa sanguigna dei clorotici mediante l'ematocrito e del contenuto in emoglobina prima e durante la terapia. Se il ferro agisse nella formazione dell'emoglobina questa dovrebbe aumentare per prima, invece l'A. ha trovato che in un primo tempo aumenta notevolmente la massa degli eritrociti senza che parallelamente si verifichi un aumento dell'emoglobina: questo invece si ha in un secondo tempo. L'A. da ricerche di controllo fatte mediante la conta dei globuli è venuto alla stesse conclusioni ed anzi ha potuto notare che l'aumento della massa dei corpuscoli così ottenuto col metodo dell'ematocrito è data esclusivamente da un aumento di numero e non da un aumento di volume di quelli. I risultati dell'A. concordano con quelli dello Schaumann e dell'Hildebrand, che in otto casi di clorosi riscontrarono in seguito alla somministrazione del ferro un forte aumento del numero delle emazie senza un corrispondente aumento dei valori dell'emoglobina.

Questi fatti dimostrano che i sali di ferro agiscono principalmente stimolando gli organi ematopoietici e che l'aumento in essi di emoglobina n'è un fatto secondario: perciò una terapia della clorosi non deve durar mai meno di cinque o sei settimane. P. A.

(*Münch. Med. Woch.*, 1913, n. 22).

L'uso del benzolo nella leucemia.

L'uso del benzolo è stato proposto, ed usato in parecchi casi, nella cura della leucemia (mieloide o linfatica) dal Koranyi. L'idea fu suggerita dalle conoscenze sull'azione del benzolo come elemento leucolitico e atrofizzante del midollo osseo (Barker, esperienze di Selling).

Gli effetti sulla crasi sanguigna dei leucemici sono evidentissimi nelle curve assai dimostrative che ci presentano sia il Koranyi sia il Kiralyfi suo allievo.

In poco tempo (*Wien. klin Woch*. 1912-25) (*Berl. klin Woch.*, 1912, n. 20) i leucociti da 220,000, da 360,000 scendono a cifre come 8000-9600. I corpuscoli rossi subiscono sul principio lieve diminuzione poi il numero rimane stazionario.

Le condizioni generali divengono migliori, il peso aumenta, talora il fegato e la milza diminuiscono di volume; sebbene non si possa nemmeno lontanamente parlare di guarigione tuttavia nella maggior parte dei casi trattati il miglioramento generale era sensibile ed evidente.

Il benzolo a parti uguali con olio d'ulivo viene somministrato dopo i pasti in capsule gelatinose di 0.50 di benzolo ciascuna (fino a 10 al giorno).

Non si può dire l'ultima parola sul valore del metodo, il quale se non altro ha importanza perchè usato in una malattia in cui ogni arma si spunta nelle mani del medico; ad ogni modo esso va esente da appunti gravi quali, il Pappenheim ha voluto ad esso muovere: le esperienze di Pappenheim, le quali null'altro dimostrano se non che altissime dosi di benzolo possono cachettizzare i conigli, ledendone gli organi, troppo si allontanano dal metodo curativo del Koranyi perchè devano venire prese in considerazione. *t. p.*

La reazione pupillare vagotonica.

La fase respiratoria modifica il ritmo del cuore nell'uomo sano: nell'inspirazione il polso è più frequente, nella espirazione più raro. Questa aritmia respiratoria è però frequentissima nell'aumento del tono del sistema vagale. Il Koranyi ha fatto la osservazione che appunto negli individui vagotonici la profonda inspirazione determina una dilatazione pupillare mentre l'espirazione una miosi. Lo studio di questo sintoma richiede che l'osservatore ponga attenzione a che il malato fissi sempre uno stesso oggetto (p. es. la sua fronte), perchè altrimenti il riflesso dell'accomodazione potrebbe alterare il risultato dell'osservazione. Le osservazioni del Somogijc si riferiscono a 120 malati; risulta che in tutti i casi in cui esiste il fenomeno pupillare si ha pure un'aritmia respiratoria molto spiccata, però esistono casi in cui questa si verifica senza contemporanea reazione pupillare. Sui due fenomeni ha influenza non dubbia l'età del soggetto: così è più frequente nei giovani.

Nell'interpretazione del fenomeno bisogna pensare ad una maggiore labilità del centro del vago, che si verifica soprattutto nella vagotonia, la cui espressione clinica è costituita da una parte dalle neurosi, d'altra parte dallo stato timo-linfatico.

P. A.

Cause del ritardo di sviluppo nell'infantilismo.

Dalle esperienze fatte da Mc Crudden e H. L. Fales e riportate nel *Journal of Experimental Medicine* (1), sembra risultare che il ritardo generale di sviluppo nell'infantilismo è secondario a un arresto di sviluppo da parte del sistema

(1) New York, 1° febbraio 1913.

scheletrico. Si nota un turbamento del metabolismo del calcio, che si associa alla debolezza e fragilità delle ossa: ciò starebbe a dimostrare che il sistema osseo non ha a sua disposizione quantità proporzionate di calcio, in forma adatta per essere assimilato. Come osserva Rubner (1), due sarebbero veramente le cause del ritardo di sviluppo nei fanciulli: la prima è la mancanza di materiale adatto per l'accrescimento, la seconda è la mancanza della proprietà che può essere chiamata *tendenza all'accrescimento*, normalmente assente nell'adulto ma presente nel fanciullo.

Dott. GOD.

Patogenesi della malattia di Quincke.

Le Calvé (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 apr. 1913) fondando la sua teoria su ricerche cliniche proprie e sulle osservazioni altrui, pensa che la malattia di Quincke sia un'angioneurosi familiare in cui l'edema è in rapporto con una grande instabilità del sistema vasomotorio; ma intorno al meccanismo di produzione dell'edema e intorno alle cause determinanti, predisponenti, l'A. ha idee nuove, che così si possono riassumere: la causa determinante sarebbe la penetrazione in circolo di albumine eterogenee, le quali agirebbero come sostanze anafilassanti e scatenanti. Molti di questi malati sono individui affetti da disturbi del chimismo gastrointestinale, nei quali quindi tale penetrazione di sostanze albuminoidee eterogenee è facile e spiegabile. Ma tali sostanze agiscono in determinate regioni determinando l'edema localizzato oltre che per la diatesi angioneurotica, per una predisposizione locale determinata da accidentali eccitazioni che agiscono sul sistema nervoso periferico provocando riflessi vasomotori.

La localizzazione dell'edema infatti avviene nelle regioni esposte a traumatismi, ad influenze termiche, in vicinanza per es. d'un tronco nervoso soggetto ad una cronica irritazione.

L'A. inoltre, a chiarimento di tale concezione, ha studiato la permeabilità vascolare per l'acqua e per i cloruri in un malato immediatamente prima della crisi e l'ha trovata esagerata: vi sarebbe cioè un aumento della permeabilità della membrana endoteliale capillare che per l'A. sarebbe una manifestazione dell'anafilassi locale.

Il temperamento angioneurotico sarebbe adunque, secondo l'A., il terreno per la malattia di Quincke, gli accidenti anafilattici, le cause determinanti, l'irritazione nervosa periferica la causa determinante della localizzazione dell'accidente.

t. p.

(1) RUBNER M. Arch. f. Hygiene, 1908, 1.

IGIENE

I fermenti del lievito di birra.

Questi fermenti oltrechè nelle industrie (preparazione delle bevande alcooliche e del pane), si usano nella medicina (fermentoterapia) e si mettono in commercio soli o mescolati con altre sostanze come specialità medicinali.

Il lievito di birra era usato come rimedio empirico popolare da antico tempo contro alcune affezioni cutanee e la foruncolosi, sia introdotto per bocca come in forma di cataplasmi.

Ora è stata confermata la sua preziosa utilità terapeutica con una lunga serie di osservazioni ed esperienze scientifiche e pratiche.

L'uso terapeutico è ormai indiscusso nelle lesioni cutanee dipendenti da alterata funzionalità della digestione per fermentazioni anormali (costipazioni, meteorismo, diabete); come pure nelle suppurazioni locali, o manifestazioni generali (foruncolosi), causate dai micrococchi piogeni.

In commercio si trovano numerose preparazioni di lievito di birra generalmente confezionate sotto forma di tavolette da stemperare in acqua tiepida o sotto forma liquida.

Tra le tante preparazioni si ricordano le più conosciute:

Cerevisina: polvere granulare composta da fermenti ed altre sostanze diverse.

Furuncolina: composta di amido e fermenti.

Levuretina: polvere giallastra contenente fermenti di birra inferiori mescolati con amido, zucchero, ecc.

Levurinosa o Micodermina: polvere giallastra composta di amido e fermenti.

Trigose: polvere grigiastra insolubile in acqua, di cui ignorasi la composizione.

Zimina : polvere biancastra costituita dall'enzima dei fermenti.

Cerolina: liquido vischioso di color giallastro più o meno scuro contenente le sostanze grasse che accompagnano i fermenti.

Si hanno poi i *lieviti Jacquemin, fermenti d'uva, fermentin*, che sono liquidi contenenti culture di fermenti selezionati.

Queste diverse preparazioni farmaceutiche e quelle altre non ricordate che si hanno in commercio, sono oggi più o meno stimate a seconda che sieno state o no raccomandate da clinici notevoli, mentre sarebbe necessario, che il valore terapeutico di questi prodotti, fosse apprezzato, o valutando il loro potere di fermentazione o determinando la quantità di sostanze prodotte da questi microrganismi come residuo della loro attività chimica, in modo di avere un mezzo di confronto che abbia un fondamento scientifico.

Il potere di fermentazione, che è più facile a determinare, si pratica nel seguente modo:

Si prepara un brodo di coltura come appresso: si polverizzano insieme 16 parti di zucchero di canna raffinato, 1 parte di fosfato acido di ammonio ed 1 parte di fosfato acido di potassio e se ne fa un miscuglio intimo.

Si prende un piccolo matraccio di Erlenmeyer (capacità di circa 100 mc.), che sia provvisto di un tappo di gomma a due fori; per un'apertura del tappo passa un tubo piegato ad angolo retto la cui branca più lunga arrivi circa al fondo del matraccio e quella più corta sia chiudibile con piccolo tappo di gomma; sulla seconda apertura del tappo si adatta un piccolo tubo a cloruro di calcio per trattenere il vapore d'acqua che i gas, che vi passano attraverso, possono trascinare.

Si pongono nel matraccio gr. 4,5 del miscuglio intimo preparato, che si disciolgono in cmc. 50 di acqua contenente gesso, ottenuta aggiungendo a 15 cmc. di soluzione satura di gesso 35 cmc. di acqua distillata satura d'aria.

Nella dissoluzione ottenuta si pone 1 gr. del campione da esaminare che rappresenti la composizione media del preparato e con una bacchetta di vetro si divide in modo che non restino grumi, quindi si chiude.

Il matraccio così preparato viene pesato esattamente.

Si lascia il tutto per 6 ore ad una temperatura di 30° (su di un recipiente d'acqua o in un termostato).

Dopo questo tempo l'apparecchio viene rapidamente raffreddato, aspirata dal tubo a cloruro di calcio una corrente di aria per scacciare tutta l'anidride carbonica prodotta, si ripesa.

La perdita di peso rappresenta l'anidride carbonica sviluppata per la fermentazione.

Questo peso moltiplicato per 100 e diviso per 1.75 dà la forza di fermentazione per 100 riferita ad un lievito normale (fornisce cioè normalmente 1 litro di CO^2 = gr. 1.75).

$$n \cdot \frac{100}{1.75} = \text{potere di fermentazione } \%.$$

Un buon lievito di birra deve avere un potere di fermentazione, determinato con questo metodo, non inferiore al 70 %.

Oltre alle altre qualità caratteristiche di queste preparazioni, al microscopio non si debbono vedere che cellule di lievito; non l'*oidium* nè le cellule del *mycoderma*, ed i batteri non debbono trovarsi che in piccola quantità.

E. C.

Pubblicheremo prossimamente:

Gosio, Sulla localizzazione della malaria nelle abitazioni.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(155) *Trattamento di una morfinomane.* — Mi capita un caso in cui non so davvero come regolarmi, e perciò mi permetto disturbarla chiedendole il suo autorevole parere.

Ho una cliente morfinomane. Ha 26 anni, è orfana di ambo i genitori, non è maritata e vive sola, libera dei suoi atti e della sua volontà. È insofferente per carattere di qualsiasi controllo e di qualsiasi limitazione ad ogni suo desiderio o capriccio.

Intanto deperisce rapidamente. Inutile qualsiasi persuasione o preghiera per indurla a curarsi in una casa di salute. Ho tentato per ben tre volte la cura in casa, ma *naturalmente* non se n'è ricavato nulla, mancando e non tollerando essa qualsiasi sorveglianza.

Ho messo in guardia i farmacisti del luogo, ed anche quelli dei paesi vicini, perchè non le somministrino la morfina, ma l'inferma (che versa in ottime condizioni economiche) se la procura nei paesi anche lontani, falsificando, anzi confezionando, le ricette da sè stessa.

Ella ha due sorelle maritate, ma anche le loro esortazioni sono riuscite inutili, ed ora non ne parlano più perchè se sfiorano il triste argomento son trattate male.

Che posso fare di più? Potrei, magari di accordo con i parenti, ricorrere al Procuratore del Re per l'internamento dell'inferma in una casa di salute?

Potrei tentare qualche altro mezzo? E ne esistono?

O devo assistere impotente a questo suicidio?

Potrei abbandonare la cliente, ma con qual vantaggio? Forse solo io guadagnerei moralmente qualche cosa.

La prego di dirmi qualche cosa al riguardo, dandomi qualche consiglio che accetterò con animo grato.

La ossequio distintamente e la ringrazio.

Dev.mo.
Dott. A. M., abbonato n. 4292.

Il caso è molto comune e non di facile soluzione! Tuttavia credo che, *esauriti tutti i mezzi persuasivi*, potrebbe il medico rilasciare un certificato di *pericolosità per sè stessa* e iniziare le pratiche dell'internamento. Se non che, dubito che i mezzi persuasivi sieno esauriti... I morfinomani come tutti i neuro-psicopatici non si lasciano persuadere dalle persone con le quali hanno familiarità. Consiglierei che la malata venisse avvicinata da un medico autorevole, il quale premessa l'esposizione della gravità del caso, tentasse di fare entrare la malata in una *pensione per morfi-*

nisti. Dico così, perchè all'entrata in un sanatorio comune si ribellerebbe di certo.

Bisogna convertire la malata: ecco tutto. Per esperienza posso dire che *quasi sempre* si riesce nell'intento di condurre gl'infermi nella casa di cura. Il guaio è coi recidivi! Con questi non si riesce *quasi mai*.

Una volta persuasa l'inferma, bisognerebbe fare in modo che ella dichiarasse per iscritto (p. es. in una lettera al medico) che si sottoporrà al divezzamento della morfina in una casa *ad hoc*. Così si usa in molti sanatorj per evitare il pericolo che l'inferma all'ultimo momento si rifiuti di proseguire nella demorfinizzazione. Non ho bisogno di dire che esistono case che si propongono — come una *specialità* — il divezzamento.

Prof. S. DE SANCTIS.

(156) *Cura della seborrea del cuoio capelluto*. — Pregherei di rispondere, nella simpatica ed utile rubrica della « Posta degli abbonati », a questa mia domanda: Qual'è la miglior cura della forfora del cuoio capelluto accompagnata da prurito e caduta dei capelli; e della seborrea del cuoio capelluto? L'una e l'altra mi pare si osservino più frequentemente nella donna.

Ringraziando fin d'ora.

Dott. Giovanni Taruffi.

Calderara di Reno.

La terapia della seborrea nella sue varie forme (grassa oppure secca, desquamativa) mira a rimuovere dal cuoio capelluto il materiale seborroico, asciutto o grasso, che vi si accumula, per mezzo di pomate all'*acido salicilico* 3-5 %, eventualmente con l'aggiunta di *solfo* 2 5 %, oppure soltanto con lo *spirito saponato calcico* ed *acqua calda*, facendo seguire poi delle unzioni con sostanze grasse se la cute rimanesse troppo arida. A questo trattamento si associeranno le frizioni, fatte due volte al giorno mercè una piccola spugna, con le seguenti sostanze in soluzione alcoolica, sole o mescolate fra di loro: *timolo* ¼-½ %, *acido salicilico* 1-5 %, *resorcina* 1-3 %, *mentolo* (se v'ha prurito) 1-3 %, *idrato di cloralio* 1-2 %, ecc.

A queste soluzioni sarà bene aggiungere dell'*olio di ricino*, oppure della *glicerina* sino al 7 %, a seconda che la forma della seborrea sia piuttosto grassa o invece secca.

Questo trattamento gioverà altresì per le alopecie del cuoio capelluto legate ad alterazioni della secrezione sebacea. Si confronti quanto si è detto in proposito nella « Posta degli abbonati » di questo giornale, fasc. 19, corrente anno.

V. MONTESANO.

VARIA

Avvelenamento mercuriale nei medici. — Sono esposti al pericolo tutti i medici che lavorano in ambienti ove è contenuto ed evapora molto mercurio, specialmente i dentisti, i sifilologi ed i fisiologi.

Il prof. Blomquist, di Stoccolma (*Berich. d. Deutsch. Pharm. Ges.*, 1913, pag. 29) dimostra in uno studio siassunto dal prof. Pari (*Gazz. d. Osped.*), con ricerche quantitometriche, quanto sia grave il pericolo di avvelenamento mercuriale per inalazione al quale si espongono molte persone, e particolarmente i medici, in primo luogo i dentisti, i dermatologi ed i fisiologi.

La circostanza che l'aria negli ambienti ove si trova del mercurio ne contenga i vapori, si poteva già arguire da molteplici fatti. Il mercurio si ottiene per distillazione, e ad alta temperatura evapora. Verso il XV secolo la sifilide veniva curata con vapori di combinazioni mercuriali, e la quantità di mercurio introdotta era così notevole da produrre spesso fenomeni d'avvelenamento. (È noto anche che talora fu osservata salivazione in pazienti degenti a letto vicino ad altri che facevano cure mercuriali (*N. d. R.*).

Monete di rame tenute al disopra del mercurio si amalgamano.

Nell'Istituto fisiologico di Stoccolma il Blomquist trovò in 4000 litri d'aria;

nelle stanze superiori	0.1 - 0.3	mgr.	Hg.
» » inferiori (laboratorii)	0.5 - 1.0	»	»
nel laboratorio di chimica medica	0.3 - 0.4	»	»
nella polvere dello stesso	0.07 %	»	»

Nell'urina delle persone che soggiornavano in questi ambienti si trovava mercurio. Il professor Göthlin trovò che l'assorbimento, per una giornata di lavoro di 8 ore, era di 0.4 1.0 mgr. di mercurio, e questa cifra dimostra il pericolo dell'avvelenamento. L'elevata quantità di mercurio ritrovata nelle urine dimostra che doveva essere riassorbito quasi completamente il mercurio che si trovava allo stato gassoso nell'aria dell'ambiente

Già il Göthlin nel 1907 attribuì ad avvelenamento mercuriale molti fenomeni in individui che soggiornavano lungamente nei laboratorî: stanchezza senza motivo, affezioni del cavo orale, diminuzione dell'appetito, sintomi gastro-enterici.

Il mercurio mancava nella stanza destinata all'analisi dei gas, rivestita completamente di lamine di zinco. Lo zinco aveva sottratto il mercurio all'aria, ed infatti ne conteneva dal 0.2 al 0.4 %.

Questi fatti meritano di esser tenuti presenti da tutti i medici che lavorano con il mercurio.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

ENRICO MORSELLI. **Le neurosi traumatiche.** Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1913. L. 12.

Tra le pubblicazioni sulle neurosi traumatiche questa del Morselli è certo la più completa, la più esauriente.

Il pensiero dell'insigne clinico di Genova su di un così intricato argomento era già noto per la relazione da lui fatta sullo stesso tema al Congresso Italiano di medicina professionale tenutosi a Torino nel 1911; ma nel volume testè pubblicato la quistione è trattata a fondo, affrontata da tutti i lati; e quanto in quella relazione poteva sembrare pura affermazione in questo libro ha chiara ed evidente dimostrazione.

Le sindromi nevrosiche consecutive a trauma vi sono nettamente circoscritte e chiaramente definite, sfrondate di tutte le esagerazioni e di tutte le impurità.

In questo capitolo della patologia inquinato dalla speculazione e dalla frode l'A. ha messo ordine e chiarezza, e le sue idee costituiranno certamente un punto di orientamento per quanti si occupano della questione da qualsiasi punto di vista: clinico, medico-legale e sociale.

V. ASCOLI.

PAUL HORN. **Ueber nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen.** Editori Markus e Werbers, Bonn, 1913. Prezzo Mk. 4.

È un eccellente studio clinico e medico-legale sulle nevrosi causate dai sinistri ferroviari.

In base ad osservazioni di numerosi casi seguiti anche dopo il risarcimento l'A. si è formato il convincimento che le così dette nevrosi traumatiche sono malattie guaribili, e che la guarigione si ottiene tanto più facilmente quanto più presto si procede alla liquidazione del sospirato indennizzo.

Tenuto conto che le sindromi nervose posttraumatiche sono sostenute ed aggravate dalle liti giudiziarie, l'A. invoca una disposizione di legge per la quale sia possibile tacitare i neurotraumatizzati anche contro la loro volontà.

DR.

M. FAULHABER. **Die Roentgendiagnose der Magenkrankheiten.** Halle a S., Carl Marhold, Mk. 2.

La collezione Albu, che tante lacune va colmando nel campo delle malattie della digestione e del ricambio, si è arricchita di questo preziosissimo manualetto sulla diagnostica radioscopica delle malattie dello stomaco. Oggi non vi è più alcuno che neghi l'enorme valore pratico di questo nuovo sussidio diagnostico sul campo delle malattie gastrointestinali. Il manuale del Faulhaber, di cui tutti conosciamo la speciale competenza, ha il merito di dare in poche pagine una idea chiara di ciò che oggi può considerarsi come scientificamente fondato. È interessante sopratutto il capitolo che si riferisce alla diagnostica radiologica dell'ulcera ed alla questione sullo stomaco a clessidra spastico, che tanto interesse ha destato tra gli specialisti. Il lavoro è corredato di 28 figure originali.

P. ALESSANDRINI.

Dr. AUGUSTO AGABITI. **Tortura sepolcrale.** Roma, Voghera, ed. 1913, L. 5.

Dr. ARC. CREAZZO. **Studio su la morte apparente e la morte reale.** E. Loescher, 1913. L. 3.

La recensione bibliografica pubblicata nel fascicolo 35, pag. 1274, a firma *t. p.*, si riferiva ai due lavori sopra indicati; per errore di impaginazione venne omesso uno dei due titoli

---

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CACCIA F. Ferite d'arma da fuoco del torace osservate a Bengasi durante il conflitto italo-turco. — Roma, 1913.

CASAGRANDI O. I virus filtrabili vaccinico e vaiuoloso nella loro forma granulare. — Roma, 1912.

D'AMICO V. Sifilide cerebro-bulbare. — Milano, 1912.

LUMBROSO G. — Ancora sulla causa della morte di Antonio Masnata. — Firenze, 1913.

GRAZZI V. Sulla morfologia dell'orecchio esterno compresa la M. E., studiata in 100 bambini nati da poche ore a 15 giorni nei Brefotrofi di Firenze e di Pisa. — Siena. 1913.

BERNUCCI G. Lussazione iliaca da contatto di elettricità industriale. — Roma, 1913.

FERRAI C. Ricerche sulla diagnosi della gravidanza col metodo polariscopico e col metodo della dialisi. — Genova, 1913.

NICOLINI E. Note popolari sulla congiuntivite granulosa (tracoma). — Carpi, 1912.

AMANTEA G. A proposito dell'azione del curaro applicato direttamente sui centri nervosi. — Firenze, 1912.

CASSANELLO R. Hernie inguinale double de la vessie. — Paris, 1913.

BAECCHI B. Reazioni cromatiche differenziali fra latte di donna e latte di mucca. — Genova, 1913.

CASSANELLO. R. La derivazione temporanea dell'urina colla cistostomia soprapubica nella cura delle rotture dell'uretra. — Milano, 1913.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Del ricorso dei medici condotti licenziati durante il biennio di prova.

Si è da taluni, in questi ultimi tempi, messo in dubbio il diritto dei medici condotti di avanzar ricorso contro le deliberazioni dei Consigli Comunali con cui sono licenziati per termine del biennio di prova. Costoro sostengono che al medico condotto sia concesso il diritto al gravame nel solo caso di licenziamento per giustificati motivi dopo aver acquistata la stabilità; perchè solo allora la legge tassativamente ne fa menzione. Se la legge, essi dicono, avesse voluto concedere tale diritto anche nella ipotesi del licenziamento per fine di ferma, lo avrebbe chiaramente enunciato: *Ubi lex voluit dixit, ubi noluit tacuit.* Se il legislatore non ha fatto alcun accenno a ricorso nello articolo 32 del Testo Unico, ove si parla appunto del licenziamento per fine di ferma, vuol dire che non ha creduto concedere il relativo diritto.

Tale teoria, che tende a privare di un efficace presidio il medico condotto, condannato spesso ad essere il capro espiatorio delle lotte e delle aspre competizioni dei partiti locali, non ha, a nostro avviso, un giuridico fondamento.

In primo luogo bisogna tener presente la disposizione contenuta nello articolo 1, n. 2 della legge sulla giustizia amministrativa secondo cui a tutti indistintamente gli impiegati e dipendenti da pubbliche amministrazioni che sieno licenziati o puniti, è concesso il diritto di ricorrere in sede contenziosa alla G. P. A. che ha facoltà di decidere anche in merito. Or, perchè al medico condotto, che pur da tutti è riconosciuto come vero e proprio impiegato comunale, vuolsi togliere la facoltà del gravame, quando è essa, invece, concessa al più umile e modesto agente o salariato municipale?

Se il precitato articolo 32 del Testo Unico non parla, nella ipotesi, della facoltà del ricorso, è per la evidente inutilità di farlo, dal momento che una legge generale, quale è quella sulla giustizia amministrativa ne concede il diritto a tutti gli impiegati e salariati e quindi, anche, con maggior ragione, data la qualità della persona, al medico condotto.

Ed il successivo art. 34 che prevede il caso del licenziamento per giustificati motivi del medico già divenuto stabile, fa speciale menzione della facoltà del ricorso non per affermare il diritto in astratto, chè non sarebbe occorso data la preesistente legge di indole generale, ma bensì per accennare alle speciali modalità che debbono accompagnare la decisione del ricorso stesso: modalità, che si imperniano sulla obbligatoria precedente pronunzia del maggior consesso tecnico della Provincia, cioè del Consiglio provinciale di Sanità.

Trattandosi di accuse riferibili al modo con cui il servizio venne eseguito ed alla disciplina e condotta del sanitario prepostovi, era doveroso ed imprescindibile ottenere, prima della decisione della autorità tutoria, il parere di quel Consiglio che solo ha la competenza tecnica necessaria per vagliare tutte le circostanze di fatto addotte dal Comune a sostegno del provvedimento adottato e formulare giudizio sereno ed avveduto da formar poi il sostrato e la piattaforma della decisione tutoria.

Se non si fosse inteso il bisogno di stabilire tale importantissima garenzia procedurale non vi sarebbe stata nemmeno la necessità di fare menzione, in questa contingenza, della facoltà del ricorso.

Nè vale obbiettare che il licenziamento del medico non ancora divenuto stabile non è un vero e proprio licenziamento ma bensì una semplice dichiarazione da parte del Comune di voler interrompere per l'avvenire ogni qualsiasi rapporto giuridico col sanitario, non ritenuto idoneo pel disimpegno della carica di cui è investito perchè, è vano dissimularlo, tale dichiarazione, negli effetti e nella portata, è nè più nè meno che un formale licenziamento.

Se il Comune non si pronunzia, il medico, dopo il biennio di prova, diventa *ipso iure* stabile. Ora un Consiglio Comunale che impone al proprio medico di non rimanere ulteriormente in servizio, infrangendo il diritto alla stabilità, effettivamente lo licenzia.

La giurisprudenza, la dottrina e la scuola denomina, appunto, *licenziamenti* siffatti pronunziati dei Consigli Comunali. E di licenziamento parlano gli articoli 32 e 33 del Testo Unico di sopra citato.

Togliendo la facoltà del ricorso in caso di licenziamento per fine di ferma, si priva il sanitario di una suprema garanzia, giacchè la G. P. A. potrebbe, o per la inosservanza delle forme espressamente volute dalla legge o per ragioni di merito od anche per inosservanza dei termini legali prestabiliti, dichiarare irrito e nullo il pronunziato licenziamento ed impedire che il medico al termine del biennio di prova sia obbligato a lasciare il servizio.

Non si è, infatti, comminata la nullità del licenziamento *in tronco* durante il periodo di prova e di quelli pronunziati al solo scopo di impedire lo acquisto della stabilità?

Una seconda indiscutibile prova della ammissibilità del ricorso alla G. P. A. anche nel caso di licenziamento durante il periodo di prova, si ricava dalla esplicita dizione dello articolo 33 del Regolamento sanitario del 1906 in cui è detto:

« Le deliberazioni che *licenziano* i medici chirurgi condotti e le levatrici condotte e quelle che infliggono loro pene disciplinari dovranno, appena divenute esecutorie, essere notificate in capia autentica agli interessati a mezzo del messo del Comune o Consorzio che rilascerà il certificato di eseguita notificazione ».

« Contro tali deliberazioni è aperto il ricorso a sensi degli articoli 1, n. 12 e 2 della legge 1° maggio 1890, n. 6837, serie 3ª, sull'ordinamento della Giustizia amministrativa ».

Nè si dica che tale articolo, accordando il diritto ad un ricorso, di cui nella legge non è fatto alcun cenno, sia incostituzionale, perchè, se compito del regolamento è di chiarire, completare ed integrare le disposizioni legislative cui si riferisce, a tale ufficio il detto articolo ben corrisponde.

La legge, infatti, parlando del licenziamento per fine di ferma non esclude il gravame, nè lo proibisce: non ne fa menzione, e ciò, appunto, perchè esisteva, come dicemmo, una disposizione di indole generale che ne dava il diritto. A scanso di future eventuali contestazioni il regolamento, con l'articolo di sopra citato, ha creduto integrare il disposto legislativo solennemente affermando l'esistenza del diritto al gravame; diritto di cui non si era fatto menzione perchè logicamente e legalmente sottinteso.

Non vi è, quindi, ombra di incostituzionalità.

Sostenere che la legge non accordi al medico condotto il diritto al gravame nel caso di licenziamento durante il biennio di prova, significa, secondo noi, negare la luce meridiana.

Doctor JUSTITIA.

A proposito dei medici condotti di Roma.

Il dott. TITIUS ci scrive a proposito dell'agitazione dei medici condotti del comune di Roma, e noi pubblichiamo volentieri le sue idee che in qualche punto sembra si discostino da quelle di CAJUS:

In un numero precedente il *Policlinico* riproduceva due lettere di protesta contro l'Amministrazione capitolina stampate sul *Giornale d'Italia*, a firma « alcuni medici di 2° grado », « alcuni medici dell'Agro Romano ».

Un ordine del giorno della Sezione Romana dei medici condotti conferma che il disagio non è di singoli individui, ma generale nelle due categorie sunnominate in quanto l'assemblea ha deliberato all'unanimità di ricorrere all'autorità tutoria per la difesa dei propri dritti e nell'interesse del servizio.

Come è noto le controversie fra medici e comune sono le seguenti:

Il personale reclama il completamento dell'organico, cui si oppone il Comune affermando che deve procedere ad una riforma dei servizi.

Siccome la riforma non è facile, e gli studi in proposito vanno troppo per le lunghe, i medici domandarono che per il momento i posti vacanti fossero coperti da interini e la Giunta comunale rispose per bocca dell'assessore del personale che una legge di contabilità dello Stato vieta di erogare per interini somme fissate per un fondo a calcolo.

La giustificazione della Giunta non è che una semplice e magra scusa in quanto essa poteva benissimo, come il consigliere avv. Bidolli fece notare in Consiglio, provocare una deliberazione consigliare per legalizzare lo storno dei fondi.

Non è quindi temerario il sospetto dei medici che la crisi sia prolungata di proposito per stancare la loro pazienza e provocare incidenti per dimostrare che il regolamento Rossi-Doria è imperfetto, ed imporre loro nuovi patti più onerosi alla classe medica.

Ma è veramente necessaria questa riforma?

Quali deficienze può denunciare l'Ufficio 8° nel servizio d'assistenza sanitaria?

Malgrado tutto, malgrado la voluta deficienza di personale, l'organizzazione sanitaria ideata dal Rossi-Doria, benchè mutilata, è stata sufficiente a mandare avanti automaticamente la barca anche quando il lavoro era eccessivo ed il personale dirigente era a godere le fresche aure dei monti e le brezze del mare. Dunque il meccanismo non è poi tanto imperfetto come si vuol far credere.

Da parte del personale nessuna categoria di medici può lagnarsi del regolamento Rossi-Doria.

I medici di 2° grado in ispecie ricordano con riconoscenza l'assessore Rossi-Doria che ha fatto giustizia delle inique pretese di un'Amministrazione che pretendeva di disimpegnare il servizio notturno con personale del cui avvenire intendeva disinteressarsi completamente; pretesa contro la quale l'Ordine dei medici reagì boicottando due volte quei famosi concorsi, i cui bandi trattavano i medici, la cui gioventù si voleva sfruttare, alla stessa stregua delle bestie da tiro.

Ed allora questa riforma a che ed a chi giova?

Riforma deve significare progresso, ma se la riforma si deve eseguire secondo la famigerata e nota direttiva miglior consiglio è: *quieta non movere*, e stare lealmente e fedelmente al vecchio regolamento Rossi-Doria, che rappresenta quanto di meglio è stato finora possibile ideare sia riguardo alle esigenze del servizio, sia in rapporto alle richieste del personale sanitario. TITIUS.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei medici. — Un'adunanza ordinaria del Consiglio della Federazione dei Medici avrà luogo il 26 settembre alle ore 14 a Parma, nella sede dell'Ordine dei medici, via Collegio Santa Caterina, 15, col seguente ordine del giorno:

1° Comunicazioni della Presidenza. Deliberazioni circa l'assemblea generale.

2° Bilancio della Federazione (relatore: Ruzzini).

3° Voti e proposte circa la riforma della legge e del regolamento sugli Ordini (relatore: Garofalo).

4° Pubblicazione del Bollettino Federale o di un giornale organo della Federazione (relatore: Campi).

5° Iscrizione agli Ordini dei dentisti non laureati (relatore: Boccasso).

6° Rapporti fra medici condotti e liberi esercenti (relatore: Evoli).

7° Questioni relative ai medici delle assicurazioni (relatore: Cappelletti).

8° Lauree italiane agli esercenti stranieri (relatore: Gianturco).

9° Tariffa delle prestazioni mediche (relatore: Marchese).

10° Nomina elettiva del Consiglio superiore di sanità (relatore: Guzzoni).

11° Voti del Congresso delle levatrici (relatore: Guzzoni).

12° Eventuali comunicazioni dei consiglieri.

Rileviamo la grande importanza di questa adunanza che si tiene a Parma contemporaneamente al Congresso dell'Associazione Nazionale dei medici condotti, per dimostrare tutta la simpatia della Federazione degli Ordini per le questioni che riguardano la parte più combattiva della classe sanitaria italiana, e nella quale saranno discussi gli argomenti che in questo momento interessano di più la classe sanitaria italiana.

La Cassa Pensioni e i medici ospedalieri. — Al recente Congresso dei medici ospedalieri lombardi fu approvato il seguente ordine del giorno riguardo la Cassa pensioni e medici ospedalieri:

« La Sezione Lombarda dei medici ospedalieri fa voti:

« 1° che tra le cause sospensive del servizio, le quali a norma dell'articolo 17 della legge 1909 sulla Cassa di Previdenza per le pensioni dei sanitari, dànno diritto all'indennità, sia inclusa la cessazione del servizio determinata da disposizioni regolamentari o da limiti di età. Che l'Amministrazione della Cassa faccia pratiche presso l'Istituto Nazionale delle assicurazioni, perchè accolga gli ex medici ospitalieri, computando loro i servizi prestati in precedenza;

« 2° che siano riconosciuti, condizione precisa, utili agli effetti della pensione anche servizi regolari antecedentemente prestati alla dipendenza dello Stato (e prima e dopo la istituzione della Cassa);

« 3° che in via straordinaria sia concesso ai medici ospitalieri decaduti dalla Cassa pensioni, di reinscriversi per tutti gli anni perduti, eseguendo in una sola volta, come permetteva la legge 1899, i pagamenti delle annualità sospese, gravati delle quote mutue e degli interessi composti;

« 4° che similmente in via transitoria sia riconosciuta la facoltà di iscriversi ai medici ospitalieri anziani colle norme degli articoli 12 e 13 della legge per il riordinamento della Cassa depositi e prestiti, purchè le iscrizioni avvengano entro un mese dalla data della pubblicazione del regolamento alla legge 2 dicembre 1909;

« 5° che le Amministrazioni ospitaliere inspirandosi alla legge, negli effetti della pensione, riconoscano ai sanitari anziani da loro dipendenti, i servizi prestati precedentemente presso altri Enti (Comuni, Istituti di beneficenza, Provincie, Stato) nel limite di almeno 10 anni;

« 6° che siano esonerati dal carico del contributo annuo alla Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari, gli stipendi minimi inferiori a lire 1000 dei medici ospitalieri obbligati alla iscrizione, e che il relativo importo sia caricato sul bilancio dell'Amministrazione ospitaliera stessa;

« 7° che, funzionando ora per tutti i cittadini l'Istituto Nazionale delle assicurazioni, ed essendo esso disposto a fare condizioni di favore ai membri di associazioni, sodalizi e corpi costituiti, ferme mantenendosi le norme e le tabelle per il conferimento delle pensioni stabilite dalle vigenti leggi sulla Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari, l'amministrazione di questa Cassa venga deferita a quella dell'anzidetto Istituto, le funzioni dell'una e dell'altro vengano coordinate fra loro e fatte condizioni di favore ai sanitari che cessando dall'iscrizione alla prima, si iscrivano al secondo ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4023) *Concorso a medico di porto - Requisito della età.* — Il Dott. L. P. da F. desidera conoscere se nei concorsi in genere ed in quelli per medico di porto in ispecie si possa prescindere dal requisito dell'età.

Il limite di età imposto nei pubblici concorsi è di stretta e rigorosa osservanza. La violazione di esso, oltre che offesa alle relative disposizioni di legge o di regolamento, arreca *pregiudizio agli altri concorrenti.*

(4024) *Concorsi - Documenti da esibirsi.* — Il Dott. N. G. da R. chiede conoscere se i documenti di carriera da esibirsi nei pubblici concorsi debbano essere redatti in copia amministrativa col visto del Prefetto od in copia notarile col visto del Presidente del Tribunale, se nei concorsi per posti di medico condotto sia sempre necessaria la esibizione del certificato di cittadinanza italiana e da chi è tal documento rilasciato, da chi deve essere e con qual data rilasciato il certificato di buona condotta, ed in quante copie debbono essere allegate le pubblicazioni.

Se i documenti di carriera si vogliono esibire in copia, questa deve essere fatta da un pubblico notaio. La firma del notaio deve essere legalizzata dal Presidente del Tribunale. Nei concorsi per nomina a medico condotto è indispensabile la esibizione del certificato di cittadinanza italiana, giusta il tassativo disposto dell'articolo 27 del regolamento 19 luglio 1906. Detto certificato è rilasciato dal Sindaco del comune di origine e la firma di detto funzionario deve essere legalizzata dal Presidente del Tribunale.

Il certificato di buona condotta deve avere data prossima alla chiusura del concorso o quanto meno alla presentazione della relativa domanda. Tale documento vien rilasciato dal Sindaco dell'attuale residenza del sanitario.

Le pubblicazioni possono essere spedite in unico esemplare.

(4025) *Pensioni.* — Il Dott. N. D'E. da M. desidera conoscere se dimettendosi da medico condotto e rimanendo in servizio come medico ospedaliero possa continuare ad essere iscritto alla Cassa pensioni dei medici condotti.

Crediamo che ben possa farlo, non ravvisando nel fatto alcun detrimento per l'amministrazione della Cassa di previdenza.

(4026) *Prestazioni di urgenza.* — Il Dott. N. G. da P. P. U. chiede conoscere in qual modo vada interpretato il disposto dell'articolo 20 del regolamento 19 luglio 1906 per accertare se il medico condotto debba prestarsi nei casi d'urgenza per gli abbienti e non abbienti o solo per quelli non abbienti non inclusi eventualmente nell'elenco dei poveri.

Secondo lo spirito del precitato articolo 20 il medico condotto deve prestarsi nei casi di urgenza per qualsiasi classe di persone; se la persona curata è agiata, ha diritto a pagamento, se non lo è, il Sindaco provvede per l'iscrizione di essa nell'elenco dei poveri.

(4027) *Cura dei RR. CC. - Reduci dalle Americhe - Certificati per trasporto carni macellate.* — Il Dott. F. F. da A. desidera conoscere se essendo medico a cura plena abbia il dovere di curare i militari dei RR. CC. e le famiglie che rientrano dall'estero dopo lunghi anni di permanenza, e se abbia il diritto come ufficiale sanitario di percepire compenso per i certificati necessari per il trasporto delle carni.

Tanto i RR. CC. quanto le famiglie reduci dalle Americhe hanno il diritto di essere curati gratuitamente, perchè tanto gli uni quanto le altre concorrono al pagamento delle tasse e delle imposte dirette o indirette. Per il rilascio del certificato in parola ha diritto a compenso perchè esso è richiesto più specialmente nell'interesse del privato, che esercita l'industria di trasportare altrove la carne macellata *in loco*.

(4029) *Certificati medici* — Al Dott. G. O. da Cagliari che ci interpella in proposito rispondiamo che anche i certificati medici possono essere rilasciati su carta semplice a chi sia provvisto di speciale fede di povertà rilasciata dal Sindaco del comune.

(4030) *Copie notarili di atti.* — Il dott. G. M. da T. R. desidera conoscere se la copia notarile del diploma di laurea deve essere redatta su carta da lire 2.40 o da 1.20, e se le copie dei documenti originali devono essere autenticate dal Sindaco o dal notaio e se occorrendo più fogli di carta bollata ciascun foglio deve portare la firma del Sindaco o del notaio.

La copia notarile del diploma di laurea deve essere rilasciata su carta da lire 2.40. Le copie dei documenti debbono essere rilasciate anche dal notaio, il quale li trascrive tutti di seguito ed in ultimo vi appone la propria firma di autentica.

(4031) *Lavoro delle donne e dei fanciulli - Compenso per il rilascio dei relativi certificati sanitarii.* — Al Dott. I. P. da B. D. G. che ci interpella su tale argomento rispondiamo che i suddescritti certificati si rilasciano senza spesa a carico dei richiedenti. Il compenso sarebbe dovuto dal Comune che lo cumula con quello che normalmente si corrisponde all'ufficiale sanitario. Se tale compenso risulta inadeguato al lavoro, il sanitario può invocare congruo aumento d'ufficio dalla G. P. A. ai sensi del combinato disposto degli articoli 23 e 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(4032) *Rapporto di impiego fra interino ed Amministrazione municipale.* — Il Dott. G. M. da T. desidera conoscere se fra il medico interino e l'Amministrazione municipale, che lo stipendia interceda rapporto di locazione di opera o di mandato.

Anche fra il medico interino e l'Amministrazione comunale esiste un rapporto giuridico che ha maggior contatto con la locazione di opera che col mandato. Il medico interino, durante il

tempo in cui presta servizio, è considerato come impiegato comunale e perciò anche per lui sono da escludersi le norme che regolano il mandato.

(4034) *Pensioni.* — Il Dott. abbonato 1322 desidera conoscere se essendo infermo può liquidare la sua pensione prima dei 21 anno di servizio

Per liquidare la pensione non bastano solo 21 anni di servizio, ma ne occorrono 24 e 6 mesi. Prima di tale epoca non puossi avere alcuna pensione, nei casi ordinari. Se ha prestato oltre 10 anni di servizio potrà ottenere l'indennità, pagabile una volta tanto e ragguagliata ai due terzi della pensione che avrebbe conseguita.

(4036) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. A. A. da C. chiede conoscere quali pratiche occorre espletare per ottenere la nomina ad ufficiale sanitario in un comune ove è ora essa esercitata dal medico condotto in linea provvisoria.

Per ottenere quanto desidera, se non fu ancora costà definita la circoscrizione sanitaria a norma di legge, occorre avanzare analoga domanda al Prefetto della Provincia. In caso di rifiuto a provvedere si può ricorrere al Ministero dell'interno.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Con recente decreto del Presidente della Repubblica francese, il comm. prof. Alberto Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica in Italia, è stato insignito della commenda della Legion d'onore.

Distinzione meritata per l'uomo che con fede di apostolo e con rara capacità amministrativa presiede alla Sanità del Regno d'Italia.

Nel Consiglio Superiore della P. I.

Sono chiamati a far parte del Consiglio Superiore della P. I. i proff.: Cervello Vincenzo, ordinario di materia medica e farmacologia sperimentale a Palermo; Forlanini Carlo, ordinario di clinica medica a Pavia; Simonetta Luigi, libero docente d'igiene a Siena.

Nell'amministrazione sanitaria.

Tedaldi dott. Giuseppe, medico provinciale, promosso dalla quarta alla terza classe per merito, è nominato primo segretario medico dell'ufficio affari generali presso la Direzione generale di sanità pubblica.

Valerio dott. Nicola, medico provinciale di terza classe, è nominato segretario medico del Consiglio superiore di sanità di seconda classe.

Messi dott. Gustavo, medico di porto di prima classe, è promosso medico provinciale di terza classe per merito.

Pellegrini dott. Pietro, segretario medico di seconda classe del Consiglio Superiore di sanità, è nominato medico provinciale di terza classe.

Condotte e Concorsi.

ALLERONA (*Perugia*). — Condotta unica; L. 4000 lorde, alloggio o indennità, esonero cavalc. Scad. 30 settembre.

ANDEZENO (*Torino*). — M. condotto; L. 1200 oltre L. 100 quale U. S. e L. 450 dalla Congregazione di carità, per la cura dei poveri. Scad. 30 settembre.

* ARTENA (*Roma*). — Concorso a una delle due condotte piene; L. 4000; cavalc. per le visite in campagna a carico dei richiedenti. Scad. 20 ott.

BARBANIA (*Torino*). — Medico del consorzio con Front e Vauda di Front; L. 2450. Scad. 28 settembre.

BOSSOLASCO (*Cuneo*). — Condotta con Bonvicino e San Benedetto Belbo; L. 1800 pei poveri e L. 150 quale U. S. Scad. 30 sett.

* BRUNO (*Alessandria*). — Medico per la generalità; L. 3250 lorde e 3 sessenni, servizio 1° dic., non più di 45 anni, s. e r. Scad. 30 sett.

BUDOIA (*Udine*). — Condotta a cura piena; L. 4550 lorde e 3 sessenni di L. 300. Sc. 10 ott.

CALASETTA (*Cagliari*). — Condotta sanitaria piena; L. 3500 compresovi compenso per a. f. Essendo vacante la condotta ostetrica per i poveri il relativo compenso di L. 400 sarà devoluto a favore del sanitario. Scad. 5 ott.

CAMERANA (*Cuneo*). — Condotta per la generalità; L. 3000 lorde, alloggio ed usufrutto di prato; abit. 1569. Scad. 30 settembre.

CARPIGNANO SALENTINO (*Lecce*). — Medico-chirurgo per Serrano. Stipendio lordo L. 2700 oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale. Chiusura 30 settembre.

CASTEL S. PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotto per le famiglie povere; L. 1800 e L. 200 quale U. S., salvo approvazione superiore. Scad. 4 ott.

CAVARZERE (*Venezia*). — Al 10 ottobre condotta per Rottanova; L. 3000 lorde e L. 500 per mezzi di trasporto, alloggio o indennità non superiore a L. 500. Servizio entro 10 giorni.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*).— L. 3000 cura piena quattro sessenni. L. 200 uff. san., L. 120 arm. farm., ab. 2000. Scade 25 settembre.

DEMONTE (*Cuneo*). — Medico della Congregazione per l'Ospedale e pei poveri del capoluogo e frazione Festiona; L. 1800, ab. 2800, poveri 470. L'Ospedale ha 30 letti. Scad. 30 settembre.

FERRARA. *Deputazione Provinciale.* — Medico ordinario di sezione addetto allo Stabilimento di Città nel Manicomio Provinciale; L. 2500 lorde, alloggio; otto trienni del ventesimo. Età 21-30 anni. Ufficio entro 15 giorni. Chiedere annunzio. Scad. ore 17 del 30 settembre.

* FIRENZUOLA (*Firenze*). — 2ª condotta; L. 3500 pei poveri, obbl. cav., 3 sessenni, mese congedo o indennità di L. 350. Scad. 3 ott.

*FRONTONE (*Pesaro Urbino*). — Unica condotta; L. 2700 pei poveri, L. 400 per gli abbienti, L. 250 quale U. S., L. 300 p. a. f., L. 600 per cavalc., alloggio; un sessennio del decimo. Scad. 30 sett.

GALLESE (*Roma*). — Medico-chirurgo; L. 3000 per i poveri e 2 sessenni di L. 300; L. 900 per gli abbienti e L. 100 quale U. S. Scad. 25 sett.

GATTEO (*Forlì*). — Al 15 ottobre condotta pei poveri di S. Angelo; L. 3000 lorde, L. 600 per cav. e L. 150 per l'amb. Ab. 2300 con 500 poveri.

GIOIA DEL COLLE (*Bari*). — Terza condotta; lorde L. 1500. Scad. 30 settembre.

MINERBIO (*Bologna*). — Frazione Cà de Fabbri, ab. 2082; L. 3800 per 920 poveri, obbligo cavallo, 4 sessenni. Scad. 24 sett.

* MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico condotto pei poveri, U. S. e medico necroscopico; L. 1500 ed alloggio. Scad. 10 ott.

NAPOLI. *Istituto Ortopedico Ravasehieri*. — Due assistenti volontari fuori organico e per un anno, nell'Istituto Ortopedico Ravaschieri (con Ospizio Marino a Bagnoli), per laureati in medicina e chirurgia negli anni 1912 e 1913. Saranno titoli preferiti i risultati degli esami speciali di patologia e clinica chirurgica. Documenti al Direttore professor Curcio non oltre il 15 ottobre. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla segreteria dell'Istituto (Riviera di Chiaia, 126).

NOASCA (*Torino*). — Medico del consorzio con Ceresole Reale; L. 2000 pei soli poveri, compresovi compenso quale U. S. Scad. 30 sett.

OLMEDO (*Sassari*). — Condotto; L. 3000 nette, nomina subordinata decisioni G. P. A. Scadenza 30 sett.

*PALUZZA (*Udine*). — Medico; L. 3000 aument., condotta libera, ab. 4500, poveri 600 circa. Scadenza 25 settembre.

PERRERO (*Torino*). — Consorzio mandamentale; L. 3000 con obbl. cav. e L. 500 quale U. S. Abitanti 4709. Scad. 10 ott.

PORTICO E S. BENEDETTO (*Firenze*). — Condotta per S. Benedetto; L. 4600 lorde compresevi L. 600 per cavalc. e L. 300 per indennità di residenza; 3 sessenni; L. 800 nel caso di rinunzia al congedo ordinario. Scad. 30 settembre.

REGGIO CALABRIA. Due medico-chirurgi per i soli poveri della 1ª e 3ª condotta dei villaggi; L. 2000 per ciascuno, aumentabile di un decimo per due sessenni. Scad. ore 14 del 15 ottobre.

RICIGLIANO (*Salerno*). — Concorso al posto di medico-chirurgo condotto per la generalità. Stipendio L. 2600. Scadenza 25 ottobre.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Diciotto posti di medico di porto di 4ª classe. Scad. 30 settembre. Età 18-30 anni al 5 luglio.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica*. — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª condotta. Proroga al 15 ottobre.

SASSARI. — 2ª condotta medica della Nurra; L. 2470. Scad. 3 ott.

* SCAVOLINO (*Pesaro-Urbino*). — Medico chirurgo e U. S.; L. 4000, L. 850 per cav. e L. 150 per alloggio; generalità di 1070 ab.; residenza frazione Bascio. Scad. 7 ott.

SERRANO (*Lecce*). — Al 30 settembre. Stipendio L. 2700 lorde oltre L. 225 per supplenza d'un mese nella Centrale Carpignano.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — 2° e 3° riparto, a tutto il 4 ott., soli poveri; L. 3300 e tre quinquenni del decimo, L. 700 per cav., lorde.

STALETTI (*Catanzaro*). — Condotta pei soli poveri; lorde L. 1500, più L. 150 quale U. S.; senza obbligo cavalc. Ab. 2009, pressochè tutti agglomerati nel capoluogo. Scad. 20 ott.

STRADELLA (*Pavia*). — 2ª condotta pei poveri; L. 2300, 3 sessenni, L. 500 per cav. In corso di approvazione aumento a L. 3600 lorde e L. 800 per cav. Scad. 15 sett.

TAINO ED UNITI (*Como*). — Al 30 settembre. Condotta: ab. 2476. Emolumento complessivo L. 3496.25 lorde. Entrata in servizio il 1° nov.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Frazione di Soiana, condotta residenziale. Ab. 2242, poveri circa 170, due quinquenni, stipendio L. 2500, indennità cavalcatura 600. Scad. 28 sett.

*TORRE DI BAIRO (*Torino*). — Medico con Baldissero; L. 1400 lorde compresa supplenza. Scad. 22 settembre.

URÌ (*Sassari*). — Condotta per la generalità; L. 3500 nette e 4 sessenni. Scad. 25 settembre.

VITERBO (*Roma*). *Ospedale Grande*. — Medico chirurgo astante; L. 2500 lorde; camera. Laurea da non più di tre anni. Servizio entro 10 giorni. Nomina biennale, conferma biennale.

VOLVERA (*Torino*). — Condotta pei poveri; L. 1600 e L. 100 quale U. S. Scad. 30 sett.

Cercasi medico-chirurgo supplente per il mese di ottobre nel Comune di Pofi (100 km. da Roma sulla linea Roma-Napoli). Servizio non faticoso. Aria ed acqua potabile buone. Luce elettrica. Compenso L. 300. Scrivere al Sindaco.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Ci si comunica:

La seguente informazione in merito al concorso aperto per l'ospedale di Demonte (Cuneo). In Demonte esercita un medico condotto da oltre 20 anni, un libero esercente da circa 40 anni che è il sindaco, e il medico dell'ospedale che da 8 anni e mezzo è interino e che concorre al posto definitivo. Dott. Zerbini.

TORINO. *Reale Accademia di medicina* (Via Po, n. 18). — E' aperto un concorso al 13° Premio Riberi di L. 20,000 per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere. Scadono i termini col 31 dicembre 1916. Per le condizioni del concorso rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, via Po, 18, Torino. Il segretario generale: V. Oliva.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso degli igienisti italiani.

La riunione annuale dell'Associazione degli igienisti italiani sarà tenuta a Milano, nella sala delle conferenze dell'Ufficio municipale d'igiene (via Palermo, 6), nei giorni 6, 7 e 8 di ottobre, col seguente programma:

Lunedì, 6 ottobre, ore 8.30: adunanza nella sala delle conferenze, per la trattazione dei temi seguenti: 1° I trattamenti per rendere potabili le acque allo stato attuale delle nostre cognizioni (filtrazione, trattamento chimico, raggi ultravioletti). Relatori: Bertarelli E., Vanni M., Ottolenghi D. 2° Analisi chimica e analisi batteriologica delle acque nel giudizio di salubrità di queste. Relatori: Bordoni-Uffreduzzi G., Maggiora A. 3° Tubazioni in ghisa e altri materiali contenenti ferro, studiate in rapporto alla formazione dei tubercoli ferruginosi e al rammollimento del materiale delle condutture. Relatori: Casagrandi O., Binaghi R. Dopo la seduta, visita all'ufficio d'igiene e annesso dispensario antitubercolare.

Lunedì, 6 ottobre, ore 18.30. Visite: *a*) all'impianto di estrazione dell'acqua condotta municipale; *b*) all'impianto di fognatura e relativi campi di irrigazione; *c*) alla latteria modello municipale.

Martedì, 7 ottobre, ore 8.30. Adunanza nella sala delle conferenze per la trattazione dei temi seguenti: 4° Insegnamento dell'igiene ai maestri. Relatore, Di Vestea A. 5° Lacune legislative nella lotta contro la malaria e proposte complementari basate sulle esperienze degli ultimi anni. Relatore, Gualdi T. Discussione e approvazione dello statuto e regolamento dell'Associazione. Elezioni del Consiglio direttivo.

Martedì, 7 ottobre, ore 13.30. Escursioni e visite: *d*) all'Ospedale d'isolamento e Stabilimento civico di disinfezione e lavanderia; *e*) all'impianto di depurazione biologica di acque luride; *f*) alla camera e alle celle frigorifere per la conservazione dei cadaveri; *g*) al bagno pubblico; *h*) all'edifizio scolastico moderno.

Mercoledì, 8 ottobre, ore 8,30. Visite a gruppi di case popolari, all'Istituto ostetrico ginecologico e alla Clinica delle malattie del lavoro.

Fanno già parte dell'Associazione tutti coloro che hanno aderito al convegno tenuto a Genova nel 1912. Coloro i quali desiderino essere inscritti tra i soci, sono pregati di mandare la loro adesione al prof. P. Canalis (Istituto d'igiene, via Bertani 5, Genova).

A suo tempo gli aderenti riceveranno le tessere d'iscrizione e riconoscimento valevoli anche per la riduzione sui viaggi in ferrovia, per la quale furono già iniziate le pratiche.

Primo Congresso dei medici scolastici italiani. (Milano, ottobre 1913).

I temi ufficiali di questo importante Congresso, cui interverranno i medici ispettori delle scuole, sono così stabiliti:

Dott. M. Ragazzi: « L'organizzazione dei servizi generali di vigilanza sanitaria scolastica ».

Dott. A. Albertini: « Il libretto scolastico sanitario ».

Dott. A. Boselli: « L'insegnamento dell'igiene nelle scuole ».

Dott. A. Castellini: « L'organizzazione dei medici scolastici italiani ».

Sono preannunciate relazioni e comunicazioni numerose e importanti. La riunione si chiuderà con la visita alle moderne scuole di Milano, alle scuole speciali, alla scuola all'aperto, alla colonia climatica permanente della Mutualità Scolastica Italiana, ecc.

Dirigere le adesioni al dott. M. Ragazzi, via Balbi 15-6, Genova.

Corso di perfezionamento.

Auspice l'Associazione medica di Venezia e l'Amministrazione dell'Ospedale civile, i docenti della Scuola Minich ed altri liberi docenti di Venezia terranno dal 1° al 30 novembre 1913, un corso accelerato di lezioni per i medici condotti, il VII della serie.

L'insegnamento sarà gratuito; però coloro che desiderano frequentare i corsi pagheranno all'atto dell'iscrizione una tassa di lire 10, per le spese di cancelleria. Per i medici che avranno frequentato qualcuno dei corsi precedenti la tassa è ridotta a lire 5.

L'iscrizione è facoltativa a tutti ed ai singoli corsi. I presenti ad ogni singola lezione apporranno la firma su apposito modulo che verrà dal docente consegnato alla segreteria dell'Associazione medica.

Gli inscritti potranno ottenere un certificato di frequenza per quei corsi dei quali avranno seguito almeno i tre quarti delle lezioni.

I certificati saranno contrassegnati dall'autorità ospitaliera.

Gli inscritti potranno assistere ad operazioni, visite nei riparti dell'ospedale nelle ore libere, purchè abbiano il consenso dei rispettivi Primari.

Presidente dell'Associazione è il prof. G. B. Fiocco; segretario il prof. C. Molon (S. Lorenzo 5049-B, Venezia).

Il corso comprenderà i seguenti insegnamenti, impartiti dagli insegnanti per ciascuno di essi indicati:

Clinica medica e laboratorio: proff. Giuseppe Jona, Carlo Malon, Fabio Vitali, dott. Pietro da Venezia; Clinica chirurgica: proff. Davide Giordano e Giovanni Velo; Psichiatria: prof. Luigi Cappelletti; Elettroterapia: dott. Domenico D'Arman; Dermosifilopatia: prof. Giovanni Fiocco; Anatomia patologica: prof. Giovanni Cagnetto; Chimica clinica e farmacologia dei rimedi nuovi: dottore Carlo Zatti; Pediatria: prof. Mario Ponticaccia; Clinica ostetrica: prof. Giuseppe Guicciardi; Oculistica: prof. Orlando Orlandini; Otorinolaringoiatria: prof. Giovanni Vitalba.

Scuola di odontojatria e protesi dentaria in Genova.

Questa scuola pratica di perfezionamento venne istituita con lettera ministeriale al Rettore della Università di Genova in data 31 gennaio 1904, previo parere favorevole della Facoltà medica e del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Essa ha uno scopo pratico di perfezionamento per quei laureati in medicina, i quali intendono dedicarsi alla specialità.

Gli insegnamenti della scuola durano un anno scolastico.

Alla dotazione della scuola concorrono per metà le tasse di coloro che vi facciano esercizi o compiono lavori. La rimanente metà è devoluta a

a rimunerare gli insegnanti, gli assistenti e gli inservienti.

L'insegnamento comprende le seguenti materie: *a*) clinica delle malattie della bocca e tecnica operativa; *b*) protesi bucco faciale; *c*) patologia chirurgica boccale; *d*) batteriologia boccale.

La clinica, la tecnica operativa e la protesi vengono impartite tutti i giorni nei locali della scuola presso gli Istituti biologici. La patologia nell'Istituto di patologia speciale chirurgica, due ore settimanali. La batteriologia agli Istituti biologici, due ore settimanali.

Alla scuola non possono iscriversi che i laureati in medicina, previo pagamento di lire 100. La tassa di laboratorio è di lire 150 e quella di diploma di lire 50.

La frequenza dei corsi, nonchè quella dei lavori pratici nei laboratori e nei gabinetti, è obbligatoria per tutti gli allievi.

Gli allievi provvedono a proprie spese gli strumenti necessari per gli esercizi di otturazione e di protesi boccale.

Il personale insegnante è così composto:

Prof. Roberto Carreras, direttore: Clinica per le malattie della bocca, tecnica operativa, protesi bucco-faciale. Prof. Ernesto Bozzi: patologia chirurgica boccale. Prof. Mario Segale: batteriologia boccale.

Coloro che intendono inscriversi ai corsi devono inoltrare domanda al rettore dellUniversità dal 1° agosto al 31 ottobre, in carta bollata da cent. 60.

Per le condizioni di ammissione ed in generale per informazioni su tutto ciò che concerne la scuola suddetta, rivolgersi alla Segreteria universitaria od al Direttore della scuola, prof. Roberto Carreras.

I corsi cominciano il 1° novembre e terminano il 30 giugno.

In onore del prof. Hirscheberg.

L'oftalmologo prof. Giulio Hirchesberg, dell'Università di Berlino, compie in questi giorni il suo 70° anno d'età.

In tale occasione numerosi suoi allievi, diventati tutti illustri professori nelle diverse parti del mondo, dall'America alla Cina, dall'Europa al Giappone, ritornano a Berlino, per tributare onori al Grande Maestro ed a dimostrazione della sua gloria.

L'Italia fra le altre nazioni fu sempre la sua prediletta, e gl'italiani egli accolse con cordialità eccezionale.

Gli oculisti d'Italia, memori, inviano a Berlino una commissione – composta dai proff. Cirincione, direttore della Clinica oculistica dell'Università di Roma, Albertotti, direttore della Clinica oculistica dell'Università di Padova, Ovio, direttore della Clinica oculistica dell'Università di Genova, Speciale, dell'Università di Roma, in rappresentanza dei liberi docenti – per offrire al geniale clinico e storico una grande medaglia in oro, opera magnifica dello scultore Cataldi, una superba pergamena in miniatura del pittore Scandellari, ed un cofano in argento, ornato di lapislazzuli, contenente la pergamena di circa duecento oculisti italiani. La medaglia da un lato porta inciso il ritratto dell'illustre uomo e dall'altro una delicata allegoria della scienza medica, che egli onora.

Per l'acquisto di sostanze radioattive.

In vista delle virtù straordinarie dimostrate dalle sostanze radioattive nella terapia dei tumori maligni, molte cliniche e istituzioni ospedaliere della Germania sono state largamente sussidiate affinchè possano accaparrarsi forti quantità delle preziose sostanze, il cui costo, già elevatissimo, va ora aumentando rapidamente in causa delle accresciute richieste.

A Monaco di Baviera l'Amministrazione comunale ha stanziato 300,000 franchi (240,000 marchi) per l'acquisto di preparati radioattivi.

A Giessen le autorità comunali hanno deliberato l'acquisto di 200 milligrammi di mesothorium al 20. Metà della somma necessaria, 50,000 franchi, è stata raccolta per sottoscrizioni private; il resto è stato stanziato dal Comune.

A Düsseldorf i privati e la Cassa d'assicurazione contro le malattie e l'invalidità hanno raccolto 311,500 franchi per dotare di radium e di mesothorium gli ospedali cittadini.

A Jena la Cassa provinciale d'assicurazione ha donato 37,500 franchi alla Clinica ginecologica per l'acquisto di mesothorium.

E così via.

Il Ministero prussiano della P. I. si trova imbarazzato nel soddisfare tutte le richieste che gli giungono da Cliniche e istituti universitari per l'acquisto dei corpi radioattivi. Secondo il « Lokal Anzeiger », esso stanzierà all'uopo nel prossimo bilancio un milione di franchi (800.000 marchi).

Ad Amburgo è stato fondato, sotto la direzione dell'Istituto per lo studio del cancro e della tubercolosi, un Istituto centrale per la raccolta e la ricerca delle sostanze radioattive. Esso dispone già di circa un terzo di grammo di sali di radium puri.

A tali liberalità fanno triste riscontro l'inopia e la grettezza con cui si procede in Italia per la stessa via.

Basti dire che il Comune di Milano, ossia della più ricca città italiana, avrebbe stanziata una somma esigua, che si aggira intorno alle 5000 lire, per l'acquisto di radium. Si pensava invece che il Comune avrebbe almeno raddoppiata l'offerta della Cassa di risparmio delle provincie lombarde.

Altrove non si parla neppure della necessità e dell'urgenza di provvedere.

Per l'igiene nei grandi cantieri.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un Regio decreto che approva le norme per assicurare il buon governo igienico nei cantieri delle grandi opere pubbliche e specialmente per i grandi lavori in galleria.

Si è spento improvvisamente a Bergamo in età di 33 anni il prof. **Filippo Lussana**, insegnante di fisiologia nell'Ateneo di Ferrara.

Continuava le tradizioni del padre nel campo scientifico, da lui coltivato con passione e profitto.

Fu anche uno scrittore facile, un volgarizzatore sagace.

R. B.

Rassegna della stampa medica.

Giorn. It. d. Mal. Ven. e d. Pelle, III. COPPELLI. « Sifilide gastrica ». — SABELLA. « Affezioni granulomatose della cute, osservate a Tripoli ».
Zbl. f. inn. Med., 12 lug. V. FUNKE. « Morbo di Basedow acuto ».
Arch. p. le Sc. Med., 10 lug. D'ANTONA. « Ispessimenti aterosclerotici dell'intima aortica ». — MARTINOTTI. Sulla pseudobotriomicosi umana ».
La Prov. Méd., 12 lug. ARGAUD e CRESPIN. « Metaplasia del connettivo polmonare in un epitelioma primitivo ».
Rev. de Chir., 10 lug. ALBEE. « Innesto di frammento di tibia sulla spina dorsale nel male di Pott. » — H. e N. NIMIER « Trattamento delle fratture della rocca ». — MARQUIS. « Il sublimato in chirurgia ».
Rev. de Méd., 10 lug. PIERRET. « Patologia della epilessia ». — WEILL e CARDÈRE. « Gli eritemi infettivi durante il morbillo ». — JANNIN. « Sensibilizzazione dell'organismo da un fungo del polmone ».
The Americ. Journ. of the Med. Sc., lug. MCDONALD. « Arterite congenita del duodeno » — PITFIELD. « La guarigione della meningite tubercolare ». — SILER e GARRISON. « Sull'epidemiologia della pellagra ». — ASHHURK e JOHN. « Cura del tetano ».
La Rif. Med., 12 lug. BOERI. « Concetti direttivi per l'insegnamento della clinica medica ». — DE FRANCISCO. « Cisti spermatica con assenza del dotto deferente ».
La Crón. Méd., 10 lug. SALVAT. « Il criterio quantitativo nella reazione di Wassermann ».
Gaz. d. Hôp., 10 lug. HOLLOS. « L'immunità tubercolare e le sue conseguenze pronostiche ».
Gazz. Med. It., 10 lug. ZUCCOLA. « Apoplessia surrenale ».
The Lancet, 12 lug. ROUTH. « La tossiemia della gravidanza ».
Riv. crit. di Clin. Med., 12 lug. SALMON. « Significato della reazione miastenica nella nevrosi traumatica ».
Paris Méd., 12 lug. BERNARD. « Nefrite idropigena tubercolare e amilosi renale ».
Brit. Med. Journ., 12 lug. WHITE. « Il cancro del colon ».
Le Progrès Méd., 12 lug. OPPENHEIM e NARCY. « Febbre tifoide e pneumo-tifo nel vecchio ».
Bull. de l'Ac. de Méd., 8 lug. « Discussione sulla revisione della legge Roussel ».
Zbl. f. Chir., 12 lug. PERTHES. Resezione gastrocolica nel carcinoma gastrico.
L'Attualità Med., 15 lug. VERATTI. « Diagnosi e terapia dei tumori maligni ».
Mediz. Klinik, 13 lug. V. FRANQUÉ. « Trattamento della *retroflexio uteri* ». — SCHAUMANN. « Fattori dell'alimentazione non ancora considerati ».
Berl. Klin. Woch., 14 lug. SCHERREN. « Diagnosi e trattamento chirurgico delle ulcere gastrica e duodenale ». — ARCH. « Il vomito delle gravide ». — MARIMON. « Una teoria sul morbo di Basedow ». — LAZARUS. « Radioterapia del carcinoma.
Bull. J. Hop. Hosp., lug. FINNEY. « Il criterio chirurgico » — WINTERNITZ. Patologia dell'aortite sifilitica ». — BALDWIN. « Allergia e reinfezione nella tubercolosi ».
Gaz. d. Hôp., 12 lug. BARDIN. « Cisti idatiche delle ossa ».
Klin.-ther. Woch., 14 lug. ROHMER. « La tubercolosi infantile alla luce delle nuove ricerche ».
Annals of Surgery, lug. THOMSON e GRAHAM. « La fibromatosi dello stomaco. — BLAKE. « Diagnosi e trattamento delle fratture, compresa quella del ginocchio. — ESTES. « Le grandi amputazioni ». — BINNIE. « Anca a scatto ». — VAUGHAN. « Aneurismorrafia ». — FREEMAN. « Anastomosi arterio-venosa per la cura della gangrena del piede ». — DOWD. « Hygroma cysticum colli ».
Riv. d'Ig. e d. San. Pubb., 16 lug. CANTIERI. « La febbre mediterranea nella provincia di Grosseto ».
Münch. Med. Woch., 15 lug. « Azioni fotodinamiche delle combinazioni organiche fluorescenti nell'uomo ». — MORPURGO e SATTA. « Ricerche sulla parabiosi dei ratti ».
Pathologica, 15 lug. GAIFAMI. « Sulla tossicità degli estratti acquosi placentari e sull'azione svelenante esercitata su di essi dal siero di sangue ». — LA CAVA. « La chemoterapia della dissenteria da amebe.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 28 settembre 1913* Fasc. 3

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Il cretinismo.

Rivista sintetica per il prof. V. FORLÌ.

Tra le varie forme di insufficienza mentale merita un posto a parte il cretinismo, affezione che differisce sostanzialmente dall'idiozia e dall'imbecillità per numerosi caratteri clinici, anatomopatologici e patogenetici, e che dovrebbe essere intimamente conosciuta dai medici italiani, giacchè il gozzo e il cretinismo costituiscono la terza endemia che — dopo la malaria e la pellagra — affligge il nostro paese.

L'idiozia e l'imbecillità dipendono da arresti di sviluppo o da processi morbosi che interessano il cervello; il cretinismo invece va messo in rapporto con un disturbo del ricambio dipendente da alterazioni nella funzione della ghiandola tiroide. Sicchè mentre nell'idiozia e nell'imbecillità il disturbo mentale costituisce tutto il quadro morboso (oltre, si intende, i sintomi nevrologici — paralisi, spasmi, amaurosi, ecc. — dipendenti dalla sede delle alterazioni cerebrali), cretinismo invece i fenomeni psichici rappresentano solo una parte del complesso sintomatico che interessa l'intero organismo; e vi sono perfino autori i quali parlano di cretinismo senza fenomeni a carico della psiche.

La asportazione chirurgica totale della tiroide, praticata più volte in individui affetti da gozzo assai voluminoso, ha fatto conoscere la sindrome, ormai a tutti nota, della cachessia strumipriva, o mixedema operatorio: qualche tempo dopo l'intervento chirurgico il paziente comincia ad accusare stanchezza, dolori e pesantezza alle membra, senso di freddo; indi si manifesta un turgore pastoso — dapprima transitorio, ma che poi diviene permanente — alle mani, ai piedi, alla faccia; la cute diviene pallida e fredda; insorge un torpore psichico che va sempre più accentuandosi; e infine, se non viene intrapresa una adatta cura opoterapica, si stabilisce una cachessia che va man mano aggravandosi fino a produrre la morte. Un quadro sintomatico analogo si ha quando cause a noi ancora ignote determinano nell'adulto la lenta atrofia della tiroide (mixedema «spontaneo» di Gull e Ord, cachessia pachidermica di Charcot). Più complessa è la sindrome morbosa quando l'alterazione tiroidea si svolge nell'organismo in via di sviluppo, dando luogo al cretinismo sporadico o endemico. Si ha così tutta una concatenazione di sindromi morbose assai analoghe tra loro, differenziabili per la età in cui si è svolta la lesione, per la causa (chirurgica o spontanea) che detta lesione ha determinato, per la comparsa sporadica o endemica; ma tutte dipendenti da una alterazione della glandola tiroide.

La triade sintomatologica classica del cretinismo è così costituita: arresto nell'accrescimento scheletrico; alterazioni cutanee (e nella

sfera genitale); arresto nelle facoltà psichiche. I fatti più importanti a carico dello scheletro sono: nanismo, scoliosi, cifosi, sproporzione fra le varie parti del corpo, malformazioni del cranio (per lo più la testa è schiacciata nella parte anteriore e posteriore, sporgente invece lateralmente); negli arti le ossa lunghe sono massiccie, corte, tozze, senza manifesti punti di ossificazione, a volte anche incurvate, sicchè ad un esame superficiale presentano grandi somiglianze con quelle dei rachitici. La cute è turgida, pastosa; le guance debordano dall'ovale del volto e sporgono in avanti come pesanti saccocce; le labbra sono tumide; le palpebre appaiono rigonfie come due flaccide borse. Il turgore della cute non è però un fatto costante, anzi manca spesso nei casi di cretinismo endemico, giacchè col crescer degli anni l'infiltrazione si riassorbe. In questi soggetti — cretini di tipo magro — la pelle è sottile, talora addirittura atrofica, solcata da numerose rughe; tuttavia la pregressa infiltrazione è riconoscibile per il fatto che nei punti in cui il turgore era più accentuato — come per esempio alle palpebre e alle mammelle — esistono flaccide pieghe di cute (Weygandt). In quasi tutti i cretini il colorito dei tegumenti è manifestamente pallido; e l'indagine ematologica fa rilevare che il tasso emoglobinico è basso, e le emazie sono diminuite di numero, mentre sono relativamente aumentati i leucociti. La cute è fredda; la secrezione sudorale è scarsissima, talora addirittura nulla. Nei genitali si rileva arresto o almeno ritardo e insufficienza di sviluppo. I capelli e i peli sono scarsi. L'alvo è d'ordinario stitico; ma sovente la stipsi si alterna con copiose scariche diarroiche. Dal punto di vista psichico il sintoma fondamentale è rappresentato dall'apatia, sicchè il soggetto di nulla si interessa, e trascorre la massima parte del suo tempo nell'ozio e quasi nella immobilità. Degno di nota è che i cretini hanno coscienza della loro inferiorità fisica e psichica.

Frequentemente si constata nei cretini la presenza di un gozzo più o meno voluminoso; ma spesso l'alterazione tiroidea si esplica solo con l'atrofia della ghiandola. Dal punto di vista clinico non bisogna, a questo proposito, dimenticare che, se è facile constatare un ingrossamento, anche modico, della tiroide, è invece assai difficile apprezzare una diminuzione nel volume di essa. Le differenze individuali oscillanti entro limiti abbastanza ampi, la presenza di abbondante tessuto adiposo, la infiltrazione mixedematosa rendono infatti sovente impossibile il giudizio; e l'Ewald ha perfino dichiarato di essere «incompetente a decidere, in un caso determinato, se la glandola manchi o no, tanto più quando si tratti di persone a collo grasso, e quindi tozzo».

Il Balp, certamente caricando le tinte, così descrive il quadro del cretinismo grave: «Nanismo, obesità, pelle e palpebre infiltrate, edematose, glabre; pelle distesa, lucida, squamosa, ed a volte secca, fredda, rugosa, sovrabbondante, con soppressione della secrezione sebacea e sudorale, di color giallo-oscuro, coperta di mosche ed insetti, provvista, sul cuoio capelluto, di peli radi, setolosi e friabili. Intelligenza nulla, apatia completa, occhio senza vivacità e senza gioia; lingua grossa, sporgente, bavosa, la parola sostituita da grugniti; fontanella perennemente aperta; dentizione cattiva (il cretino non ha seconda dentizione); ventre grosso, tumido, sostenuto da gambe gracili; immobilità completa e, nei pochi passi, andatura saltellante come di chi ad ogni passo inciampi; atrofia completa dei genitali, mancanza di tutti gli istinti; sordità; campo visivo ristretto; a volte gozzo più o meno voluminoso, ed a volte, nei casi più gravi, atrofia completa della tiroide». Ma fortunatamente tali forme gravissime sono rare; e nelle forme più lievi persiste la capacità ad esplicare una attività somatica e psichica sufficiente perchè gli infermi si procaccino i mezzi necessari all'esistenza. Si vedono così, nei paesi ad endemia, intere popolazioni di cui «gli uomini, gozzuti, dalle membra tozze, dai movimenti lenti e goffi, attendono pigramente ai lavori campestri; le donne, mal squadrate, le carni grinzose, cadenti, flaccide, il collo deformato del gozzo, a venticinque anni sembrano vecchie; i bambini, grassi di una morbosa grassezza, si trascinano barcollando da un sostegno all'altro o si baloccano silenziosi, lenti, apatici nel sudiciume dell'aja» (Cerletti). A seconda della gravità dei sintomi la Commissione Sarda (1848) distinse cretini, semicretini e cretinosi; tale distinzione, per quanto teoricamente sindacabile, è in pratica assai bene utilizzabile dal punto di vista tassinomico; e infatti Cerletti e Perusini non fanno che modificarla assai lievemente, proponendo di distinguere gli infermi in cretini di tipo grave, cretini di tipo medio, e cretini di tipo lieve o cretinoidi.

Da quando Gull e Ord descrissero il mixedema spontaneo e Reverdin e Kocher la cachessia strumipriva, si sono moltiplicate le osservazioni cliniche e le indagini sperimentali atte a dimostrare gli intimi rapporti fra le alterazioni della tiroide e i sintomi caratteristici del mixedema spontaneo o operatorio, del cretinismo sporadico o endemico. Oggi nessuno contesta il nesso fra gozzo endemico e cretinismo endemico; giacchè, se è vero che spiccatissime sono le differenze cliniche fra il semplice gozzuto e il cretino grave, è pur vero che, fra questi due tipi estremi, esistono tutte le possibili gradazioni intermedie. Del resto, se si praticasse,

nei casi di gozzo endemico, un esame accurato e completo delle funzioni psichiche, assai spesso si rileverebbero note più o meno spiccate di deficienza mentale (Tamburini). In complesso quindi è ormai accertata l'esattezza dell'aforisma del Foderé, che cioè il gozzo rappresenta il primo gradino di una scala fenomenologica, di cui l'ultimo è il cretinismo; ed è giustificata la denominazione complessiva di endemia gozzo-cretinica. Certo esistono casi di gozzo (endemico) nei quali lo sviluppo fisico e psichico rientra nei limiti normali. Tale evenienza può spiegarsi ammettendo che la ipertrofia della tiroide non sia congiunta ad una lesione degenerativa di tutta la ghiandola, sicchè in questa rimanga conservata una funzionalità sufficiente a impedire la distrofia caratteristica del cretinismo. Inoltre merita la massima attenzione il concetto sostenuto varî anni or sono dall'Ewald, che cioè a produrre il quadro completo del cretinismo non basti la alterazione tiroidea dell'individuo, ma occorra che questa alterazione agisca successivamente su parecchie generazioni, attraverso le quali la distrofia cretinica andrebbe man mano accentuandosi. Cerletti e Perusini hanno luminosamente posto in evidenza l'importanza del fattore ereditario raccogliendo la genealogia diretta e collaterale di numerose famiglie di cretini in Valtellina. In base alle loro accurate osservazioni i detti autori hanno potuto concludere che una alterazione tiroidea esiste sempre negli ascendenti dei soggetti cretini; particolarmente importante sarebbe il gozzo della madre.

Ma l'aver stabilito il rapporto fra lesione della tiroide e cretinismo non è che un primo passo per la soluzione del problema etiologico e patogenetico della endemia gozzo-cretinica. Numerosi altri quesiti si affacciano alla mente degli studiosi; e primo fra questi il bisogno di chiarire perchè la malattia si presenti in zone più o meno vaste, accanto ad altre che ne sono completamente immuni. Quale è la causa, indubbiamente legata all'ambiente, che produce il gozzo e il cretinismo?

Da molti autori si è attribuita una grande importanza all'acqua potabile; si parlò di sorgenti gozzigene, si citarono paesi in cui l'affezione era scomparsa cambiando l'acqua potabile; e a questa teoria non mancarono contributi sperimentali, giacchè Lustig e Carle produssero il gozzo in cavalli e cani abbeverandoli con acqua trasportata dalla valle d'Aosta. Invece le esperienze recenti di Grassi e Munaron dimostrerebbero che il valore assegnato all'acqua potabile è stato per lo meno esagerato; e anzi il Kutschera sostiene che l'acqua non ha alcuna parte nella trasmissione della malattia. Esito negativo hanno avuto le ricerche intorno all'importanza del terreno delle località ad endemia. Grassi e Munaron — riportandosi ad una antica teoria dello Chatin, il quale fa risalire la produzione del gozzo alla mancanza o alla diminuzione dello jodio che lo organismo animale trae abitualmente dall'ambiente, e tenendo conto di recenti esperienze del Gauthier, tendenti a dimostrare che lo jodio si troverebbe nell'atmosfera solo in forma organizzata (alghe, schizofiti, spore ecc.). — hanno emesso l'ipotesi che la causa dell'endemia gozzo-cretinica debba venir ricercata nella mancanza o scarsezza di jodio organico, essendo questa l'unica forma in cui tale sostanza può venire utilizzata dalla tiroide; per compensare a questa deficienza la tiroide si ipertrofizzerebbe; ma all'ipertrofia seguirebbe la degenerazione dell'organo. Non mancò naturalmente la teoria infettiva, di cui si fecero sostenitori Kräpelin, Rivière, Jeandelize, Kocher ed altri molti; ma Grassi e Munaron hanno constatato come il gozzo, anche recente, non si riproduca in altri animali della stessa specie nè con l'innesto, nè con l'iniezione ipodermica di sangue, nè con l'ingestione del contenuto intestinale, nè con la coabitazione, in paese immune, con animali divenuti da poco tempo gozzuti. Tuttavia una recente scoperta potrebbe richiamare in onore la teoria infettiva: un medico brasiliano, lo Chagas, ha dimostrato che una malattia endemica in parecchie regioni del Brasile, manifestantesi con tumefazione della tiroide e spesso con una sintomatologia analoga a quella del cretinismo, dipende da una tiroidite prodotta da uno speciale tripanosoma.

Mancando nozioni precise intorno alla patogenesi del cretinismo, è naturale che la profilassi e la terapia di questa affezione non possano venir condotte con criteri rigorosamente razionali. Ciò non ostante qualche tentativo si è fatto e si fa ancora. Taluno, ad esempio, propone di smerciare, nelle zone colpite, il sale marino; e ciò perchè il gozzo e il cretinismo abbondano in regioni nella quali si usa il salgemma, non contenente le tracce di jodio che si riscontrano invece nel sale marino. Altri hanno attuato la somministrazione di tiroidina; ma mentre con questa sostanza si ottengono risultati incoraggianti sulla infiltrazione e su altri sintomi somatici dei mixedematosi, non altrettanto favorevoli sono gli effetti sullo stato mentale dei cretini; anzi il Taussig, in un recente lavoro (*Kropf und Kretinismus*, Jena 1912) parla di risultati addirittura nulli.

In tali condizioni è giustificata la richiesta, avanzata da più parti, di organizzare una campagna sanitaria metodica per lo studio, la prevenzione, la cura del gozzo e del cretinismo. Nel

1908 il Sanarelli, allora Sottosegretario di Stato al Ministero di Agricoltura, affidò a Cerletti e Perusini l'incarico di redigere un programma di lavoro, allo scopo di concretare quali fossero le direttive iniziali da seguire. Una Associazione, presieduta dai proff. Mangiagalli e Tamburini, mantiene viva questa agitazione; ed ha ottenuto dalla Direzione generale di Sanità che venga compiuta una indagine statistica, inspirata a metodi e criteri moderni, allo scopo di assodare quale è realmente in Italia il numero dei gozzuti e dei cretini. I risultati di questa indagine statistica saranno noti fra breve; ma chi è al corrente dei recenti studi sul cretinismo e sul gozzo sa già che le cifre fornite dalle antiche statistiche, basate su relazioni di persone incompetenti (sindaci, parroci, vecchi medici) sono assai inferiori alle cifre reali, giacchè nelle statistiche suddette si teneva conto solo dei casi evidenti, trascurando le forme lievi e le forme iniziali. Noi crediamo di non esagerare affermando fin d'ora che non soltanto la Valtellina e la Valle d'Aosta, ma vaste zone del Piemonte, della Liguria e dell'Appennino centrale sono funestate dall'endemia gozzo-cretinica; e che non poche migliaia, ma circa mezzo milione di questi infermi conta oggi l'Italia.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

I trapianti articolari totali nell'uomo.

(DUCUING. *Revue de chirurgie*).

Vi sono numerose varietà di trapianti articolari: trapianti cartilaginei puri, trapianti osteocartilaginei, trapianti condro-sinoviali, trapianti condro-osteo-sinoviali, e trapianti articolari totali. L'autore si occupa del trapianto articolare totale con sinoviale, capsula e legamenti, di quello totale senza capsula nè sinoviale, e infine del trapianto di una mezza articolazione. Nei casi riportati si è sempre trattato di grossi frammenti osteo-cartilaginei, persino da raggiungere 17 cm. di lunghezza.

Col 6 agosto 1906 incomincia l'era dei trapianti articolari totali così in Francia come all'estero per i lavori di Judet. Un anno e tre mesi dopo detti lavori Lexer di Koenisberg praticò con successo in una giovane di 20 anni la resezione di un ginocchio anchilosato, poi vi trapiantò un'articolazione omologa proveniente da un arto di fresco amputato. Due anni e cinque mesi dopo (aprile 1910) a Berlino l'ammalata al Congresso di chirurgia dimostrò di poter camminare avendo per quanto limitati, i movimenti del ginocchio. Seguirono poi le esperienze di Küttner di Breslavia, e quelle di altri autori ma tutti usarono trapianti articolari senza capsula nè sinoviale, finchè nell'agosto 1911 l'italiano Impallomeni dimostrò la possibilità ed il buon esito di trapianti totali di articolazioni con sinoviale, capsula e legamenti.

Nel gennaio 1912 il Dalla Vedova di Modena, sopra 150 esperienze, cercò di studiare e di conoscere quale sorte subissero le varie parti dell'articolazione trapiantata, e venne alla conclusione che in modo incostante si ottiene il trapianto e l'innesto parziale di alcuni degli elementi dell'articolazione trapiantata, essendo questa in parte e progressivamente riassorbita dal suo ospite, che la considera come un utile parassita costituente una *protesi ideale e vivente*, sostituendovisi a poco a poco per costituire una nuova articolazione.

Indicazioni e controindicazioni del trapianto articolare. — Secondo Lexer, « dovunque gravi distruzioni di un apparecchio articolare per malattie, sopratutto per tubercolosi e suppurazione, o per traumi, hanno provocato anchilosi ossea; e nei casi, in cui tumori articolari, od ossei iuxta-articolari richiedano vaste resezioni, con soppressione della metà o di tutta l'articolazione, si potrà tentare di riformare articolazioni utili e mobili ». Da una tale proposizione risultano possibili, quindi: trapianti per tumori articolari o iuxta articolari; trapianti per artriti suppurative; trapianti per affezioni traumatiche delle articolazioni; trapianti per anchilosi.

Controindicazioni all'intervento. — Queste dipendono dal malato, e dall'apparecchio articolo-motore. Le indicazioni e le controindicazioni si possono riassumere così:

1. Non bisogna mai tentare il trapianto, qualunque sia l'articolazione malata, la natura dell'affezione, l'età del soggetto, se quest'ultimo è in uno stato generale cattivo; ha un apparecchio articolo-motore assolutamente inutilizzabile, una intelligenza troppo limitata, o se è nella impossibilità di prestarsi ad una cura prolungata.

2. Per l'*articolazione del ginocchio* si deve sempre tentare il trapianto in un soggetto giovane, in buono stato generale, con anchilosi in posizione viziosa, ma con conservazione dell'apparecchio articolo-motore, o colla possibilità di ripararlo; così pure deve tentarsi il trapianto

quando la lesione sia rappresentata da un tumore articolare o iuxta-articolare la cui asportazione eviti la recidiva; ed ancora quando il soggetto nelle stesse condizioni generali e di età e articolari per anchilosi retta desideri assolutamente una gamba mobile e possa prestarsi a lunga cura.

3. Per *l'articolazione dell'anca*: si deve proporne il trapianto per anchilosi viziose, o per tumori interamente asportabili colla resezione, od anche per anchilosi in buona posizione, quando il soggetto sia relativamente giovane, in buono stato generale, e pronto a sottomettersi a lunga cura.

4. Per *tutte le altre articolazioni* si può tentare il trapianto nei malati giovani, in buono stato generale, con apparecchio articolo-motore intatto o suscettibile di essere ristabilito, solo quando l'ammalato desideri assolutamente di avere la mobilità, la solidità, la lunghezza completa, la forma assoluta del suo arto, e possa sottomettersi a lunga cura.

Condizioni indispensabili ad ogni trapianto sono le seguenti: 1ª il trapianto deve essere vivente: ogni tentativo di trapianto articolare non può farsi che con una articolazione vivente: 2ª il trapianto deve essere sterile. Per mostrare tutta l'importanza di tale condizione Küttner pretende che si debbano utilizzare i trapianti solo dopo che si siano mantenuti per un certo tempo in un mezzo di cultura conveniente senza dare sviluppo a culture di sorta.

Essendo molto difficile il trovare il materiale di trapianto da uomo ad uomo si sono escogitati differenti mezzi per ottenere dei buoni trapianti:

1° *Prelevamento del trapianto articolare sugli animali.* — Judet pel primo tentò il trapianto articolare etero-plastico negli animali. Per gli uomini, dice Judet, pare possibile di realizzare il trapianto articolare, quando l'articolazione venga tolta da una scimmia antropoide in ragione della grande rassomiglianza delle specie.

L'esperienza però non è stata ancora fatta.

2° *Prelevamento del trapianto articolare sull'uomo.* — Questo prelevamento si può fare sul cadavere, sul soggetto medesimo, sur un membro amputato, sur un soggetto vivo e sano. Oggidì dobbiamo dimenticare le ultime tracce del paganesimo che ammettevano al corpo, una volta morto, un'esistenza, nella quale doveva compiere riti, e presentarsi davanti a giudizio; è più morale che organi di cadaveri, in luogo di ridursi in polvere, vengano adoperati a sollevare l'umanità, e a darle novella vita. La coscienza di ciascuno giudica i fatti a modo proprio; tutto è relativo; per un chirurgo un tale atto sarà riprovevole, per un altro perfettamente morale.

Vi è pertanto una cosa che il medico deve sempre avere di mira, ed è la salute dei suoi malati, e noi potremmo dire come criterio genesale che ogni trapianto potrebbe essere permesso quando la salute del paziente, da cui dovrebbe prelevarsi, non venisse a soffrirne.

« L'uomo deve essere considerato come un fine, mai come un mezzo » dice Kant. Dal punto di vista giuridico « occorre pel momento contentarsi di prelevare i trapianti dai cadaveri, dai suppliziati, dai membri amputati, fino al giorno in cui, riconosciuto che il trapianto non è una pratica contro gl'individui, ma per gl'individui, se ne autorizzerà la pratica legale ».

Per *prelevare il frammento articolare* occorre agire asetticamente, e mantenere la sterilità del medesimo; ciò è facile ottenere in una sala operatoria e sur un soggetto vivente — sui morti invece questa manovra è difficilmente realizzabile, ond'è che occorre in un anfiteatro asportare in blocco un'articolazione con tutte le parti molli, che la circondano, e portarla subito in una sala operatoria. Quivi si applicherà in eccesso della tintura di iodio sulla pelle; sezionata questa con un bistouri, se ne prenderà un altro per le parti molli, si resecherà rapidamente l'osso sopra e sotto l'articolazione (*e tutto ciò senza toccar nulla colle dita*); si circonderà così il *pezzo* preparato con panni sterili, e si porterà subito nella sala operatoria.

Si possono conservare i tessuti, e trapiantarli ancora viventi, anche quando sono fuori dell'organismo cui appartenevano da vario tempo (Impallomeni, Küttner, Buaer, Weil, Carrel). Per ottenere ciò (Carrel) occorre evitare i fattori principali della disintegrazione cadaverica, cioè le fermentazioni microbiche e autolitiche. Vari sono i mezzi di conservazione dei frammenti d'organi, escogitati fin oggi; la soluzione fisiologica di cloruro di sodio, il liquido di Ringer.

Il processo di Carrel è il seguente: immersione e lavaggio nel siero di Locke; posizione del frammento in un tubo di vetro sterile, reso umido con qualche goccia di acqua; conservazioue in ghiaccio fra 0° ed 1° C; qualche minuto prima di utilizzare il frammento, immergerlo nel siero di Locke tiepido, lavarlo, poi porlo in vaselina calda.

I frammenti così conservati non presentano alcuna modificazione istologica anche dopo 6-8 mesi.

Tecnica del trapianto articolare in generale. — 1° Preparazione della regione, toletta della medesima, tagliando col rasoio tutti i peli e uindi cospargendola abbondantemente con tintura di iodio fresca. Secondo alcuni (Küttner) occorre preventivamente ischemizzare la regione con un tubo di caoutchouc alla radice dell'arto, o con una benda alla Mombourg; secondo altri, e fra questi l'A., non occorre alcuna benda elastica. Si dovranno incidere le parti molli, facendo un grande lembo cutaneo, essendo in tal caso le piccole necrosi marginali di detto lembo molto lontane dall'osso trapiantato e quindi poco dannose. Si procederà quindi alla resezione delle parti malate.

Detta resezione si può fare *in massa* (Moreau di Bar-le-Duc) ovvero *sotto capsulo-periostea* alla Ollier, ma per i trapianti articolari è stato adoperato solo il primo tipo di resezione. Incise le parti molli, si mette a nudo l'articolazione, si tagliano i tendini alla loro inserzione periostea; liberata così l'articolazione, se ne fa la resezione in massa, la cui tecnica varia secondo che l'articolazione è o no anchilosata. Resecata l'articolazione, nella grande breccia che rimane occorre risparmiare tutti i residui capsulari sani per fissarli in una maniera qualunque sull'osso trapiantato. Però il processo sotto-capsulo-periosteo di Ollier devesi adoperare tutte le volte che non si ha timore di lasciare nella breccia frammenti neoplasici o infetti, permettendo questo metodo di conservare intatte le inserzioni muscolari periarticolari, e di evitare in qualche modo la formazione del blocco fibroso periarticolare, che è giustamente dovuto a queste disinserzioni tendinee estra-periosteo-capsulari, e alle nuove fissazioni, che si accompagnano sempre con cicatrici esuberanti. Infine il metodo di Ollier permette di lasciare un collaretto di periostco sulle ossa su cui si è fatta la resezione, il quale collaretto colla sua faccia osteogena potrà applicarsi alla faccia osteogena di un collaretto analogo lasciato sulle estremità ossee dell'osso trapiantato (processo del doppio collaretto periosteo di Ollier).

Nei casi di *trapianto semiarticolare*, il blocco osteo-cartilagineo non potendo essere trapiantato con la sua capsula e sinoviale, bisogna lasciare vicino alla mezza articolazione, che non si sacrifica, il più possibile di capsula e di sinoviale. Quindi, quando è possibile, si farà sempre una resezione semiarticolare sotto-capsulo-periostea e sul contorno cartilagineo del trapianto si fisserà il manicotto capsulare.

Preparata la breccia per la posizione del trapianto, occorre preparare l'articolazione da trapiantare. Il caso più interessante è quello di un trapianto articolare completo. Tutti i chirurgi sono di accordo nel tagliare dalla loro inserzione sul periostio legamenti, tendini, grasso e muscoli. Quanto al problema se si debba lasciare la capsula e la sinoviale, per quanto l'A. ritenga che il trapianto totale dell'articolazione con capsula e sinoviale possa riuscire e dare eccellenti risultati funzionali, pure è obbligato a riconoscere ed a seguire per l'uomo i consigli di Lexer e Dalla Vedova, di trapiantare solamente articolazioni senza capsula nè sinoviale, quantunque ciò paia difettoso dal punto di vista del risultato funzionale. Colla resezione sotto-capsulo-periostea, la capsula e la sinoviale del portatore rimpiazzano in una certa misura gli elementi analoghi che non dobbiamo lasciare sul trapianto.

Quanto alla quistione se si possa lasciare la *cartilagine di coniugazione*, Dalla Vedova ha trovato che essa nel blocco articolare trapiantato si necrosa senza eccezione; quindi occorre assolutamente evitare di adoperare un trapianto colla sua cartilagine di coniugazione.

Le estremità ossee del trapianto, come quelle dell'articolazione che va resecata, possono essere sezionate perpendicolarmente al loro asse, ad angolo, a scala: le estremità del trapianto si sezioneranno sempre secondo il tipo corrispondente alla sezione delle ossa dell'articolazione resecata lasciando tanto sul trapianto quanto sull'estremità delle ossa della breccia, fatta colla resezione, un collaretto di periostio, in modo che periostio del trapianto e del portatrapianto possano venire suturati con alcuni punti di catgut per la loro faccia osteogena, dopo che il trapianto è stato messo nella breccia fattagli.

Il trapianto può fissarsi per mezzo di sutura ossea. — La fissazione per sutura ossea può farsi con corpi estranei non riassorbibili, e con corpi riassorbibili (osso decalcificato). La fissazione può farsi senza sutura ossea, per semplice contatto osseo ed avvicinamento delle parti molli periarticolari; può pure farsi per *incastro osseo* senza corpi estranei (resezione cuneiforme tipica, o ad angoli rientranti; e corrispondentemente sul tra-

pianto: taglio cuneiforme delle estremità, o ad angoli sporgenti).

Messo *in situ* il trapianto, i muscoli si inseriranno il più possibile nella loro sede normale, il che avviene con gran facilità (Küttner) anche spontaneamente. La natura aiuta molto l'opera del chirurgo.

Il lembo cutaneo sarà accuratamente portato sulla breccia, i suoi bordi saranno esattamente ravvicinati fra loro in modo che la riunione avvenga con la più grande esattezza, e nel tempo più breve per mettere così il trapianto al sicuro da contagi esterni. Non occorre far trazioni sul lembo cutaneo, potendo piccole necrosi marginali essere causa di infezioni.

Terminato il trapianto, occorre bene immobilizzare l'arto. Si adopereranno apparecchi gessati, e non delle docce, che potrebbero fare spostare la superficie ossee. Gli apparecchi gessati dovranno occupare oltre la regione del trapianto il bacino, la coscia, la gamba ed il piede per un trapianto dell'anca, ed in generale devono essere fatti in modo da comprendere tutte le varie regioni, vicine a quelle del trapianto.

Per rispondere alla domanda: quando occorre togliere l'apparecchio gessato Lexer così si esprime: « i primi movimenti si faranno quando le ossa avranno bene attecchito, e sulla radiografia si vedrà un callo che le riunisce. Le prime prove per la deambulazione, poi, si faranno quando i movimenti avranno fatto dei progressi ». Questa mobilizzazione precoce è della massima importanza se si vogliono ottenere buoni risultati funzionali sopratutto se si è adoperato un trapianto senza capsula nè sinoviale e se non si è potuta praticare una resezione sotto-capsulo-periostea.

Vi sono operazioni complementari necessarie per il buon funzionamento dell'articolazione trapiantata. Alcuni processi servono a ricostituire l'apparecchio articolo-motore, con autoplastiche; altri processi permettono di rimpiazzare la sinoviale e le borse sierose specialmente quando non si è potuta fare la resezione sotto capsulo-periostea alla Ollier. La sinoviale deve rimpiazzarsi in un tempo posteriore al trapianto articolare, ed assolutamente occorre servirsi di tessuto sinoviale, e non di altro (lembo di vaginale, o di peritoneo) per una tale ricostituzione.

Modificazioni secondarie e tardive del trapianto articolare dal punto di vista anatomico e funzionale. — Il più spesso i chirurgi che hanno trapiantato articolazioni intere hanno eseguito l'operazione per il ginocchio; essi hanno soppresso la capsula, la sinoviale, i legamenti periarticolari lasciando quelli crociati. Eppure dopo qualche tempo si sono formati nuovi legamenti laterali: così pure la capsula e la sinoviale si sono completamente riformati nei casi fortunati. Il più spesso le superfici cartilaginee sono pochissimo modificate; così le porzioni ossee del trapianto non subiscono alcuna traccia di riassorbimento. Il trapianto è dunque vivente? Gli elementi trapiantati sono vitali? Lenormant trova inammissibile l'ipotesi della sopravvivenza articolare. Küttner evita di rispondere ad una tale domanda, alla quale del resto non si può dare una risposta decisiva nell'uno o nell'altro senso. L'A. poi cerca di rispondere alle seguenti domande, che si fa egli medesimo: Il trapianto è in uno stato di tolleranza asettica pura e semplice? è vivente? se è vivente, si riassorbe a lungo andare per essere sostituito da un blocco articolare nuovo o persiste indefinitamente così come è stato trapiantato?

I fatti non parlerebbero in favore di una semplice tolleranza asettica, ma da tutte le esperienze, e da alcune manifestazioni biologiche che hanno presentato varii trapianti (Kütner, Paul Bert) risulterebbe dimostrato completamente che il trapianto articolare è un vero trapianto, che questo può risultare completo, ed essere cioè un vero trapianto articolare, e non soltanto *un trapianto cellulare*, come sempre vorrebbe il Dalla Vedova.

Quanto all'ultima quistione se il trapianto vivente resta intatto, o se progressivamente viene riassorbito e rimpiazzato da un tessuto analogo partito dal porta-trapianto è impossibile oggidì pronunziarsi a causa della data troppo recente di tutte le esperienze.

« In definitiva, vivente o non, apparecchio ideale di protesi o pezzo vivente; articolazione effimera alla quale un'altra si sostituisce, od articolazione definitiva; rimane sempre il fatto che i risultati funzionali ottenuti con i trapianti articolari sono molto incoraggianti, e presentandosi la indicazione, si deve sapere usare questa nuova terapia ». G. QUARTA.

Pubblicheremo prossimamente:

Spolverini, Contributo alla conoscenza dello scorbuto infantile;

Castriota, La *phlegmasia alba dolens* come complicanza della infezione pulmonitica.

MEDICINA.

Sulle complicazioni e su alcune speciali maniere di decorso nei tumori del polmone.

(FRAENKEL. *Mediz. Klinik*, 1913, n. 15).

I tumori polmonari costituiscono una forma morbosa non molto rara. In genere essi hanno origine dai bronchi (carcinomi primitivi) o dalle ghiandole bronchiali e mediastiniche (sarcomi). I fenomeni clinici più importanti sono rappresentati dalle modificazioni accertabili mediante la percussione e l'ascoltazione, dai segni di compressione delle grosse vie aeree, dalle caratteristiche speciali dell'espettorato (sputo color lampone, presenza di particelle che l'esame microscopico rivela come provenienti da una neoplasia). Nei casi di questo genere la diagnosi non è difficile; tuttavia accade non troppo raramente che fenomeni concomitanti rendano difficile o addirittura impossibile la soluzione del problema diagnostico.

La presenza di un essudato pleurico siero-fibrinoso, spesso più o meno evidentemente emorragico, è frequente nei tumori polmonari; e anzi l'esame degli elementi cellulari ottenuti da questi liquidi può chiarire notevolmente la diagnosi (cellule polimorfe in parte degenerate in grasso nei carcinomi della pleura). Invece è rarissimo il caso che i tumori polmonari diano luogo alla formazione di un empiema, come avvenne in due infermi di cui l'A. riporta la storia clinica. Nel primo di questi casi l'empiema era piccolo, pulsante; con una puntura esplorativa furono estratte, oltre al pus, piccolissime particelle di parenchima polmonare di aspetto putrescente; si pensò a una cancrena polmonare, ma l'autopsia dimostrò esistere un tumore nella parte superiore del lobo inferiore sinistro; in una mento, e nella zona a questo circostante si era svolto secondariamente un processo di putrefazione, con formazione di un ascesso apertosi nel cavo pleurico. Il secondo caso era caratterizzato clinicamente dalla presenza di frequentissimi attacchi tormentosi di tosse, durante i quali l'infermo emetteva un espettorato mucoso filante; più tardi fu constatato un empiema, e si pensò che esso fosse in rapporto con bronchiettasie apertesi nel cavo pleurico; l'infermo fu sottoposto a vari interventi operativi intesi a curare l'empiema finchè, in uno di questi interventi, fu estirpata una piccola porzione di tessuto polmonare che, all'esame microscopico, rivelò la presenza di un carcinoma ad epitelio piatto.

In un altro caso, giunto tardivamente all'osservazione dell'A., i fenomeni clinici appartenevano esclusivamente al quadro della cangrena polmonare; e il sospetto che a fondamento di questa esistesse un tumore del polmone veniva destato esclusivamente dalla contemporanea presenza di piccoli tumoretti sparsi nel tessuto sottocutaneo in varie regioni del corpo. L'esame microscopico praticato su uno di questi tumoretti dimostrò appunto trattarsi di metastasi carcinomatose.

Parecchi autori hanno menzionato la possibilità che, in casi di tumori polmonari, vengano espettorate parti piuttosto grosse del neoplasma, sì da riuscire facile la diagnosi anche senza ricorrere all'esame microscopico. I casi di questo genere sono però senza dubbio assai rari.

L'A. ha avuto occasione di osservarne uno: il paziente emise, insieme a scarsa quantità di sangue, un pezzo di tessuto delle dimensioni di una nocciola, di forma un po' allungata, di consistenza piuttosto dura. L'esame microscopico mostrò la struttura di un carcinoma ad epitelio piatto.

Vi sono poi casi di tumore del polmone in cui la percussione e la ascoltazione non fanno rilevare alcun sintomo di una affezione polmonare. Ciò accade quando la neoplasia ha sede nel centro del polmone; e in tali condizioni solo l'esame radiologico può chiarire la diagnosi. L'A. riporta appunto un caso del genere: si trattava di un vecchio di 70 anni, presentatosi al primo esame medico nel dicembre 1911 lagnandosi di catarro bronchiale con difficile espettorazione; nessun altro sintoma subbiettivo; l'esame obbiettivo non fece rilevare se non un modico grado di arteriosclerosi e di enfisema polmonare; fu fatta diagnosi di tracheobronchite. Nel febbraio 1912 il paziente si presentò di nuovo al medico accusando dolore al torace destro, debolezza generale, inappetenza, lievi elevazioni di temperatura. Anche questa volta l'esame obbiettivo non fece rilevare alterazioni degne di nota; praticata però una radiografia si constatò la presenza di un'ombra rotondeggiante del diametro di circa 6 cm., corrispondente allo spazio compreso fra la seconda e la quarta costola. Fu fatta allora diagnosi di tumore del polmone, e questa diagnosi venne confermata dagli esami clinici e radiologici successivamente praticati. L'infermo morì pochi mesi dopo.

V. F.

EPIDEMIOLOGIA.

LABORATORIO BATTERIOLOGICO DELLA SANITÀ PUBBLICA

Sulla localizzazione della malaria nelle abitazioni

per il prof. B. GOSIO, direttore.

La nota pubblicata sotto questo titolo dal dott. Falcioni (1) mi richiama alla mente i rilievi epidemiologici fatti nel Grossetano fin dal 1899 e ritengo non privo d'interesse il riportare qui ciò che scrivevo allora (2) quando i nuovi veri sull'etiologia della malaria cominciavano a penetrare nella coscienza dei medici.

« La distribuzione della malaria a focolai nella popolazione stabile spicca al primo colpo d'occhio sulla carta indicante la marcia epidemica della malaria.

In Grosseto spicca ancora un altro fatto importante; la tendenza, che hanno le varie forme ad aggrupparsi in modo specifico, sì da avere, in parecchi punti, focolai di terzane e focolai di estivo-autunnali. In complesso, poi, i casi di malaria, che chiameremo *cittadini*, per distinguerli da quelli pervenuti alle nostre osservazioni dai dintorni, non risultano distribuiti in maniera, da lasciare scorgere un'influenza delle sfavorevoli condizioni topografiche, qualche rapporto, insomma, che giustifichi le antiche idee del paludismo; località, che al riguardo, si addimostravano sfavorevolissime, eran dalla malaria risparmiate; altre, in ottime condizioni apparenti, ne erano fieramente battute. In singole località riuscì anche di rintracciare la sorgente primitiva dell'infezione, cioè qualche vecchio recidivo, che aveva, verosimilmente, fornito alle zanzare il materiale necessario per le altre nuove infezioni più tardi sviluppatesi all'intorno. Rilevo nel mio taccuino questi casi eloquentissimi :

a) Famiglia Comi. — Quattro membri ammalarono di terzana (di prima infezione) nei mesi estivi. Il capo della famiglia Comi Nicola era affetto da terzana (sovente recidivante) fin dallo scorso anno.

b) Casa situata in via Galileo, n. 10. — Cinque casi nuovi di terzana; vi abita una donna ammalata di terzana (con frequenti recidive) da oltre un anno.

c) Fortezza. — Numerosi casi di estivo-autunnale. Due guardie di finanza, che colà abitano in permanenza, soffrono da circa due anni di detta infezione.

d) Casamento Viale Pisani n. 7. — Cinque casi di terzana. Uno degli inquilini (Montiani Vitaliano) è da 16 mesi affetto da terzana con periodi di guarigione instabile.

e) Casa Ciabatti. — Tre casi di terzana. Vi abita un vecchio terzanario.

f) Famiglia Roncucci. — Due casi di estivo-autunnale. Coabita un vecchio recidivo della stessa infezione.

g) Famiglia Giannini. — Quattro casi di terzana. Giulio Giannini soffre di una vecchia terzana, che recidiva a periodi lunghi.

i) Via Galileo n. 4. — Tre casi di estivo-autunnale. Coabita Lecchini Annita, la quale contrasse un'estivo-autunnale fino dallo scorso anno.

Ad epidemia avanzata il fenomeno si mostrava talora così spiccato, da poter far diagnosi al solo sentir precisare la località, donde il malarico proveniva.

Nei dintorni di Grosseto queste particolarità non sono sempre ben dimostrabili, per il variabilissimo domicilio degli operai e pei notevoli ed anche rapidi movimenti di migrazione interna; fatti che, uniti alla considerevole durata del periodo d'incubazione della malaria (per cui un individuo, punto da una zanzara infetta, può, almeno per altri 10 giorni, mantenere il tenore di sua vita normale, innanzi che scoppi la febbre originata da quella puntura), mettono molto a disagio chi intende seguire le traccie d'un fenomeno, la cui interpretazione può andar soggetta a tante cause d'errore : ad ogni modo, è già per sè molto eloquente la particolarità, che tutta questa popolazione operaia si ritira, la notte, a dormire in singoli capannoni; che in molti di questi furono trovati anofeli in gran copia; che alcuni di questi anofeli vennero riconosciuti infetti e che l'esame del sangue d'un gruppo di questi operai mostrò, come già dissi, la presenza dei parassiti malarici, alcuni dei quali proprio giunti allo stadio di sviluppo opportuno, per proseguire il loro ciclo vitale nel corpo delle zanzare.

Di qui, e tenendo conto di altre poche cognizioni, si deduce quanto la zanzara, come agente della malaria, sia più pericolosa per l'abitato, anzichè per la campagna: questo insetto ha un corto volo; specialmente quando è pieno di sangue, si discosta ben poco dal sito, in cui l'ha succhiato e si vede, come in uno stato di torpore, appendersi ai soffitti od alle pareti, in angoli oscuri. Quando esso ha digerito e deve volare a deporre le sue uova, ciò che fa possibilmente nelle vicinanze, si riaccende nella sua voracità;

(1) Il Policlinico, sez. prat., anno 1913, fasc. 31.
(2) Il Policlinico, vol. VII, M., 1900.

allora si avventa alle prime persone, che trova: e, naturalmente, siffatta sorte tocca di preferenza, a chi abita le medesime stanze, dalle zanzare infestate, o quelle vicine. Supponiamo ora, che, colle prime punture, la zanzara abbia succhiato i parassiti malarici; lungo il periodo di sosta digestiva, se la temperatura fu conveniente, detti parassiti possono essere giunti al loro completo sviluppo e la zanzara li potrà inoculare colle punture susseguenti, quando si ridesta in lei la voracità, al tempo della deposizione delle uova.

Con questo meccanismo, espresso qui in modo schematico, s'interpreta con agevolezza lo sviluppo della malaria a focolai e si comprende anche bene, come il massimo pericolo, al riguardo, s'incontri in quegli enormi capannoni di paglia, isolati in mezzo ad una pianura popolata di stagni, destinati ad accogliere gran numero e sempre rinnovantesi di operai, che vi cercano un rifugio per ripararsi dalle intemperie o per dormire. Nei dintorni di Grosseto, nelle vaste proprietà private e nei vasti tenimenti governativi s'incontrano parecchi di questi covi malarici e si potrebbe provvedere molto efficacemente per l'igiene di queste regioni.

Fra le circostanze, che possono facilitare la genesi d'un focolaio malarico, annovereremo adunque anche il consorzio umano; e, dalla vasta anamnesi epidemiologica si potè, in qualche caso, accertare, che molti avevan contratta l'infezione là, dove erano prima convenute persone malariche ».

Un cartogramma illustra questi rilievi e mostra l'aggruppamento dei casi di malaria per *focolai specifici* in tutta la città ed in tutto il periodo epidemico. Sicchè il fenomeno, che qui c'interessa viene a documentarsi con tanta positiva chiarezza, da non lasciare alcun dubbio in proposito: e le vedute del dott. Falcioni ebbero fin da quel tempo una conferma quasi sperimentale. E del resto trattasi qui del più importante corollario pratico ricavabile dalle nuove dottrine sull'infezione palustre « la maggior probabilità di contrarla è dove abitualmente convengono zanzare specifiche e malarici, in prima linea nell'abitato». Ed è doveroso insistere su questo fatto, perchè esso non sembra spesso ben compreso neppure da persone colte: molti conoscono a meraviglia la moderna etiologia della malaria e ne parlano con competenza anche nei dettagli, ma, all'atto pratico, agiscono talora come sotto lo stimolo delle vecchie idee: così quando occorre pernottare in sito pericoloso, è ovvia la preoccupazione di trovare un luogo chiuso, un abituro qualsiasi, dove chissà quanta e quale gente ha già dormito. Se poi v'ha un simulacro di difesa meccanica, comunque sia essa posta, funzioni essa da riparo o da serbatoio di insetti, poco si bada e la fiducia è cieca. Ebbene in certi ricoveri, che *paiono* sicuri, si trova non di rado una somma di condizioni favorevoli per infettarsi. Invece la maggior garanzia di salvezza verrebbe dall'attendarsi in aperta campagna, lontano da convegni sospetti. Ed è così, che molti gruppi di operai, i quali trovansi a compiere opere di risanamento o lavori agricoli ed industriali varii, in plaghe ritenute temibili a memoria d'uomo, si preservano spesso come per miracolo solo perchè, essendo essi tutti sani, hanno fissato le loro dimore in punti vergini di ogni consorzio indigeno. La cosa è da tenersi in conto ragguardevole anche per non attribuire a sistemi profilattici un merito che è intrinseco alla topografia.

È quindi indiscutibile, che, quando si dice « *zona malarica* » si dice una *parola assai vaga,* potendosi in taluni punti di essa — forse quelli stessi, che incutono maggior timore giusta *le voci che corrono* — verificare condizioni di sicura incolumità. Viceversa il fenomeno epidemico può esplodere violento anche in posti ritenuti immuni. V'è insomma una *specificità di luoghi,* a cui importa molto badare; e le relative conoscenze, che si oscurano col linguaggio pratico abituale, qualche volta colla stessa impropria formula della legge, meritano d'essere promosse e diffuse più di quanto oggi non si faccia, nel vero interesse della profilassi.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Preventorio antitubercolare della città di Torino
diretto dal prof. ABBA.

Tubercoloma ulcerato della lingua.

Osservazione clinica del dott. B. NICOLA, medico municipale.

Non credo inutile fare oggetto di una breve nota la seguente osservazione clinica la quale mi sembra interessante sotto vari punti di vista.

Il 2 febbraio 1912 si presentò per la prima volta al Preventorio una ragazza, certa S... A..., di anni 18, da Torino, la quale presentava una ulcerazione sulla lingua. Dai dati anamnestici raccolti non risulta niente a carico del gentilizio. Padre, madre, due sorelle viventi e sani. Il

padre non è bevitore, non esistono fondati sospetti ch'egli abbia contratto la sifilide. La madre non ebbe mai aborti nè parti prematuri. Non esistono nella famiglia e nei parenti morti in giovane età e per lesioni polmonari lente. Un fratello morto a 15 anni di ileo-tifo.

La nostra ammalata nel primo anno di vita ebbe una forma confluente di crosta lattea durata pochi mesi: ebbe le comuni malattie d'infanzia. Fu mestruata a 14 anni e le mestruazioni furono sempre irregolari e dolorose. Dieci mesi circa or sono (riferendomi alla data sopraindicata della mia prima visita) dice di essersi accorta della presenza di un piccolo tumoretto, situato sul dorso della lingua in vicinanza della punta, il quale non dava dolori nè spontanei nè provocati. La piccola neoformazione andò sempre gradatamente aumentando di volume, facendosi meno resistente, fino a che nel settembre si ulcerò nella parte centrale e l'ulcerazione da prima ristretta, a poco a poco andò allargandosi ed approfondendosi.

Ricorse allora all'opera di sanitari e le vennero praticate 30 iniezioni mercuriali e medicazioni locali, senza notare miglioramenti di sorta: sconfortata abbandonava così ogni cura. Intanto crebbe l'ulcerazione, si aggiunsero dolori intensi, lancinanti durante la masticazione e difficoltà nell'articolare la parola. In questo ultimo mese essendo comparsa una tosse secca, insistente, specie nella notte, ed avendo notato un sensibile deperimento organico, con sudori notturni, si presenta al Preventorio ed è in tale stato ch'io ebbi occasione di visitarla per la prima volta.

Si tratta di una ragazza di mediocre costituzione fisica, con pannicolo adiposo poco abbondante, con cute e mucose visibili pallide. La lingua viene sporta con facilità e senza tremori fuori del cavo orale, si presenta uniformemente impaniata, non v'è odore cattivo: sulla sua metà sinistra a 3 centimetri circa dalla punta si osserva una ulcerazione a forma ovalare col maggior diametro disposto parallelamente alla linea mediana della lingua, lunga 15 millimetri, larga 8 e profonda circa 4, a margini rilevati, festonati, tagliati a picco. Il fondo è ricoperto di un intonaco formato da detriti caseosi frammisti a muco e saliva; asportati leggermente questi, l'ulcerazione offre un fondo ineguale con colorito grigio-giallastro. L'ulcero è circondato da una zona ovoidale pure emergente sulla superficie linguale, a margini periferici bene circoscritti e distanti più millimetri da quelli dell'ulcera; in questa zona sono ben visibili piccoli noduli giallastri, grandi quanto una testa di spillo e variamente disseminati. La palpazione non provoca dolori ed i tessuti circostanti offrono solo una mediocre resistenza. Non vi è edema nè tumefazione delle restanti parti della lingua. I gangli sottomascellari e cervicali di sinistra sono ingrossati non però eccessivamente, in modo da raggiungere una massima grossezza di un cece.

A complemento dell'esame somatico si è rilevato: infossamento evidente della fossa sopra e sottoclavicolare destra, con torace tendente alla forma cilindrica, anisomastia, presentandosi la mammella e l'areola di destra più piccola rispetto a quella di sinistra, alla percussione si nota leggera ipofonesi nella fossa sopraspinosa destra, abbassamento di 1 cm. circa dell'apice polmonare destro, ed all'ascoltazione nella fossa sopra e sottospinosa si percepisce un respiro leggermente rinforzato, tendente all'aspro; mancano assolutamente ronchi o rantoli anche dopo forzate inspirazioni o colpi di tosse. Tali fatti stetoscopici non subirono modificazione alcuna anche dopo la somministrazione per alcuni giorni di piccole dosi di ioduro potassico. La palpazione degli scaleni di destra riesce un po' dolorosa (sintomo di Rudintsky) con presenza pure a destra di una certa rigidità muscolare nella zona apicale posteriormente (fenomeno di Pottenger).

* * *

Le condizioni generali dell'inferma piuttosto deficienti, i sintomi di sclerosi dell'apice polmonare destro con sospetto di bronchioalveolite, i sudori notturni, la tumefazione dei gangli sottomascellari, la genesi, l'evoluzione ed i caratteri dell'ulcerazione mi condussero a sospettare che essa fosse di natura tubercolare. Il sospetto mi veniva confermato dalla possibilità di escludere con certezza il contagio sifilitico anzitutto per l'esito negativo sortito colle iniezioni mercuriali ed anche perchè l'infezione avrebbe prodotto una ulcerazione a fondo più rilevato, più indurito e si sarebbe accompagnato ad adeniti multiple indolenti e precoci. Così ho pure creduto di escludere il cancroide poichè questo in massima non si stabilisce mai in individui giovanissimi, inoltre presenta una superficie assai vegetante, trasuda un liquame fetente, i suoi margini sono assai rilevati, sanguina al minimo contatto, si accompagna a dolori lancinanti spontanei e provoca delle infiltrazioni glandolari considerevoli, dolorose ma tardive.

Ciò non ostante prima di emettere un giudizio preciso ho creduto opportuno compiere altre ricerche diagnostiche; eseguii la intradermo reazione tubercolinica (Mantoux) che riuscì fortemente positiva e la reazione di Wassermann nel siero di sangue che riuscì negativa. Non potei per opposizione dell'ammalata fare la prova coll'iniezione ipodermica di tubercolina. Ho pure esaminato al microscopio i detriti raschiati dal fondo dell'ulcera, ma la ricerca fu negativa non avendo potuto mettere in evidenza nè il bacillo specifico nè altro carattere dei noduli specifici. Questo fatto dà quindi ragione alle asserzioni dello Spillman secondo il quale per avere un reperto anatomo-patologico caratteristico nelle ulcerazioni tubercolari della lingua è necessario che la sezione interessi le parti profonde ad un centimetro al disotto della superficie ulcerata ed allora si osservano, fra le fibre dissociate, veri follicoli, costituiti da cellule giganti che spesso contengono nel loro interno i bacilli di Koch contornati da cellule embrionali.

Questi risultati mi sollecitarono a tentare una cura medica mediante iniezioni ipodermiche iodo-guaiacolate comuni, a forte dosi, toccando localmente l'ulcero tre volte alla settimana con acido lattico al 50 % previa anestestizzazione della parte con soluzione adreno-cocainica; nè tralasciai di suggerire tutte quelle regole e norme igienico-dietetiche da osservarsi nel trattamento generale della tubercolosi.

Durante questa cura i vari disturbi si attenuarono; le condizioni generali migliorarono alquanto essendo la paziente aumentata di 4 kg.

circa in peso, l'ulcerazione sulla lingua andò gradatamente diminuendo fino a scomparire, e cessarono i sudori notturni. Ho visitato l'ammalata per l'ultima volta il 20 ottobre, aveva avute più di 100 iniezioni, la intradermoreazione si dimostrò debolmente positiva, l'ulcerazione della lingua era scomparsa residuendo solo nella sede dell'ulcera un leggero infossamento con una tinta più rossastra della mucosa linguale, persisteva però l'abbassamento dell'apice polmonare destro, l'ipofonesi nella fossa sopraspinosa destra ed il respiro leggermente aspro nella stessa regione.

L'esito felice avuto non ci permette quindi di sollevare dei dubbi sulla esattezza della diagnosi formulata di tubercoloma ulcerato della lingua, caso questo meritevole di interesse per la sua rarità. Infatti si possono osservare con relativa frequenza sulla superficie linguale noduli unici o multipli, superficiali, rapidi ad ulcerarsi, oppure noduli multipli profondi, facili a trasformarsi in piccole raccolte caseose, mentre invece noduli solitari, costituiti dalla confluenza di pochi tubercoli, piuttosto profondi, lenti a caseificare e ad aprirsi all'esterno si osservano molto raramente. Nè può sfuggire la difficoltà della diagnosi di fronte ad un ulcero della lingua, sorto in un tumoretto esistente da più mesi, a bordi bottonuti e frastagliati, con margini tagliati a picco, con reperti istologici e batteriologici negativi, quando non si trovano concomitanti gravi lesioni polmonari specifiche ed allora il pensiero viene portato facilmente al sifiloma od al carcinoma; e sono queste le ragioni per cui anche provetti clinici attardarono ad emettere un esatto giudizio diagnostico (vedi casi di Nèdopil, di Korte, ecc.). Nel nostro caso, dato l'esito negativo della reazione di Wassermann e della cura mercuriale tentata, e d'altra parte l'esito positivo della reazione tubercolinica, è facile pronunciarci sulla diagnosi quantunque oltre alle difficoltà sopradette altre si opponevano quali l'assenza della sede caratteristica (bordi, punta come insegnano Ricord, Buzenet, Juliard, ecc.), del sintomo dolore spontaneo e provocato, ecc.

Il nostro caso mi sembra inoltre prestarsi ad alcune considerazionl di indole eziologica.

Le ulcerazioni della lingua di regola sono di origine secondaria e sopravvengono nel corso di una tubercolosi polmonare spesso verso le ultime fasi della malattia, quando vi è distruzione del polmone; il coefficiente massimo di tali lesioni è l'espettorato che essendo negli ultimi periodi della tisi polmonare abbondante e ricco in bacilli di Koch, basta una leggera escoriazione della mucosa linguale per permettere una autoinfezione. Al contrario la origine primitiva di tali ulcerazioni sulla lingua è molto rara, e le ragioni sono alquanto ovvie. La bocca che è il vestibolo delle vie respiratorie serve di passaggio all'aria ispirata quindi si comprende che per questo meccanismo è possibile la penetrazione di particelle di sputo disseccato e carico di bacilli; ma anche supponendo una lesione della mucosa ehe la metta in favorevoli condizioni di recettività, il contatto è generalmente troppo superficiale e di troppo breve durata perchè possa farsi l'inoculazione. Altra origine di tali lesioni specifiche, è quella alimentare, ma anche in questo caso ad onta del contatto intimo che si ha tra l'alimento infettante e la mucosa, durante la masticazione e la deglutizione, non vi è una vera stasi come per altre parti del canale digerente, non si ha che un passaggio, quindi manca spesso al bacillo il tempo di impiantarsi definitivamente. Per questo la tubercolosi primitiva della lingua non costituisce affatto la regola.

Ma nel nostro caso è possibile pensare ad una origine secondaria quando abbiamo una espettorazione scarsissima, priva di bacilli, e quando il processo infiammatorio polmonare causale è limitatissimo e pur anco non ben dichiarato? E' certo preferibile pensare ad un'origine primitiva quando non si dimentichi il continuo pervenire di bacilli tubercolari sulla lingua, la facilità con cui la sua mucosa può venir attraversata, la ricchezza degli apparecchi linfatici submucosi ed i piccoli traumi a cui è di continuo sottoposta. Data poi la professione di sarta esercitata dalla nostra ammalata e l'abitudine di queste di mettersi in bocca aghi, filo, pezzi stoffa anche usata, ecc. si comprende come siano possibili dette autoinfezioni con la formazione di ulcerazioni specifiche primitive della lingua.

BIBLIOGRAFIA.

RAULIN. Thèse de Paris, 1889.
SPILLMAN. *Tuberculose du tube digestif.* Thèse de Paris, 1878.
MARTINEAU. Soc. méd. des Hôp., 1874.
JULLIARD. Thèse de Paris, 1865.
TRILLAT. Arch. gén. de méd., 1870.
GOSSELIN. Clin. de la Charité.
GHEDINI. Gaz. cliniche Ospedali, 1905.
WITHMANN. Thèse de Paris, 1893.

CONFERENZE.

La prognosi in medicina.

Suoi metodi, sua evoluzione, suoi limiti.

(Relazione del prof. CHAUFFARD al XVIII Congresso Internazionale di medicina in Londra, in *British Med. Journ.*, agosto 1913).

La prognosi medica è per noi il problema e la domanda inevitabili di tutti i giorni. Prognosi e terapia: ecco i due bisogni istintivi, le due domande immediate dell'uomo che soffre. In un periodo più avanzato della cultura medica a questi due termini si è aggiunto il terzo della diagnosi, che è espressione di un ordine di cognizioni puramente intellettuali e logiche. Venuta per ultima, la diagnosi nelle nostre ricerche ha preso il primo posto. Ai giorni nostri, in ogni singolo caso, noi dobbiamo definire i rapporti reciproci di questi tre elementi fondamentali del giudizio medico: *sapere, prevedere, agire*. Istintivo nelle prime età della storia umana, poi mano mano ritrovando la sua via, l'atto medico si sforza a diventar sempre più ragionato e metodico: ciò costituisce il passaggio dall'arte alla scienza. In questa evoluzione ininterrotta, il pronostico medico si è a poco a poco trasformato: si son modificati i suoi metodi, i suoi confini si sono allargati.

Nella storia del pronostico medico, una grande tappa fu segnata dall'epoca ippocratica. Sprovvisto d'ogni metodo tecnico d'esplorazione, il medico allora non aveva che una visione puramente obiettiva del malato, ma quanto abile egli era nel coordinare ed interpretare i minimi particolari! I segni pronostici erano tratti dallo stato generale, e rivelati dalla *facies*, dal decubito, dai movimenti delle mani, dal respiro, dal sudore, dallo stato degli ipocondri, dalle idropisie, dal sonno, dalle feci, dalle urine, dal vomito, dall'espettorato. Il libro sul « Pronostico » riguarda soltanto le malattie acute febbrili; nella parte descrittiva esso oggi non avrebbe bisogno di essere modificato.

« Il miglior medico è quegli che sa conoscere prima » — così cominciano queste pagine meravigliose. Egli dice che bisogna studiare l'organismo nel suo insieme, e giudicare sempre dallo studio dei sintomi e dal confronto del loro valore reciproco. Così come Platone diceva che non si può guarire la parte senza il tutto.

Tutta l'opera ippocratica è inspirata a questi principî, e la famosa *dottrina delle crisi* è niente altro che la sistematizzazione del pronostico nelle malattie acute. Così il pronostico viene considerato come una vista d'insieme della malattia e dell'evoluzione probabile che essa avrà. Queste nozioni primitive non hanno perduto affatto il loro valore al giorno d'oggi. Per venti secoli esse hanno tenuto il campo della medicina.

***

L'epoca moderna è caratterizzata dal *metodo analitico*, iniziato da Corvisart con la percussione, da Laënnec con l'ascoltazione, da Bright creatore della patologia renale. L'anatomia patologica acquista tutta la sua importanza nel controllare l'esame clinico, ed indirizza la medicina verso la ricerca esclusiva delle lesioni e dello stato degli organi. Tutto si riduce a definire la lesione sul vivo, ritrovarla nel cadavere, e dedurne la diagnosi e la prognosi: dottrina questa che conteneva una parte della verità, ma tendeva a confondere la lesione con la malattia di cui essa non è che il risultato.

Il *pronostico anatomico* ha trovato subito i suoi limiti: nel campo della neuro-patologia ha fatto le sue più belle conquiste: l'opera di Charcot si fonda sull'applicazione razionale del metodo anatomo clinico.

***

La tappa successiva è dovuta all'influenza dei lavori di Cl. Bernard. La patologia diventa una fisiologia deviata, e la malattia un disturbo delle funzioni normali.

Non possiamo giudicare di uno stato morboso, apprezzare la sua probabile evoluzione e i pericoli a cui esso espone l'organismo, se non conosciamo i disturbi funzionali che esso suscita. Tutto il nostro strumentario sempre più perfezionato, la nostra tecnica di laboratorio, tutte le nostre ricerche sul sangue, gli umori, le reazioni citologiche, tendono tutte all'apprezzamento del valore funzionale degli organi, delle reazioni organiche di difesa, di compensi e sinergie morbose. I medici si sforzano a pensare da fisiologi, anzi da biologi. Si tenta di dissociare la complessità dei meccanismi patogenetici, il concatenamento delle azioni e reazioni; e dopo questo lavoro analitico, noi ritorniamo al pronostico ippocratico, all'apprezzamento sintetico e globale di ciò che gli antichi chiamavano *stato delle forze*.

Nella nostra inchiesta pronostica, noi per tappe successive passiamo dalla lesione al disturbo funzionale, alle alterazioni chimiche, ed arriviamo al giudizio d'ordine dinamico e vitale. Come poter

fare la prognosi di una cardiopatia senza tener conto del valore funzionale del miocardio, di una nefrite senza conoscere il grado di permeabilità del rene e il tasso dell'urea? La diagnosi non si deve limitare a trovare il posto di una malattia in un quadro nosologico; essa invece dev'essere la rappresentazione perfetta e precisa al possibile di uno stato patologico dell'organismo, considerato nella sua genesi, nel suo equilibrio attuale, nel suo decorso futuro.

La diagnosi completa si confonde quasi col pronostico scientifico. Tutte le ricerche chimiche, fisiche, biologiche, ematologiche, batteriologiche, ecc. ecc., importano ugualmente per la diagnosi e per la prognosi.

La prognosi prende così la sua parte immediata di tutte le conquiste tecniche della diagnosi.

***

Il pronostico così compreso è sempre incompleto, se si bada soltanto allo stato attuale e non si tiene conto anche dell'avvenire lontano. Si credette un tempo che la malattia guarita non avesse un avvenire per l'organismo; invece per noi la prognosi lontana è una preoccupazione inseparabile dalla considerazione della malattia. Il concetto del pronostico lontano si può dire sia nato con la scoperta dell'endocardite reumatica di Bouillaud. Al di là della malattia presente, noi dobbiamo prevenire la comparsa dei postumi lontani; il pronostico di domani prevale su quello d'oggi.

Questo esempio classico delle cardiopatie croniche d'origine reumatica, che si svolgono per molti anni come malattie autonome, trova riscontri in tutti i capitoli della patologia delle malattie infettive. Le scoperte di Pasteur ci hanno dimostrato l'influenza delle tossine microbiche nella determinazione di molteplici affezioni viscerali acute e croniche. Quando una malattia infettiva sembra guarita, forse l'organismo è rimasto minato per sempre: i reni di scarlattinosi o polmonitici, il sistema arterioso di tifosi, le lesioni post-infettive delle glandole endocrine ci dànno qualche esempio.

La questione del pronostico lontano è più interessante per le malattie croniche. Quando abbiamo clinicamente guarito un sifilitico, possiamo garantire che tutto sia finito della sua malattia? Rimarremo sempre sotto la minaccia di un terziarismo tardivo, di un aneurisma, di una sifilide cerebro-spinale, o di altre malattie, banali all'apparenza, ma che si riallacciano alla sifilide pregressa, quali per es. l'arteriosclerosi, le lesioni croniche del fegato, del rene, del miocardio.

Altrettanto si può dire per la tubercolosi. In materia di tubercolosi e di sifilide, si sa dove comincia il pronostico, ma non dove finisce. Nessun medico potrà mai garantire una guarigione assoluta, che metta al sicuro da sorprese più o meno tardive.

Le stesse osservazioni si potrebbero fare per la gotta, l'alcoolismo, il saturnismo ecc.: guarito l'accidente acuto, i postumi lontani sono sempre possibili.

Si può dire che niente si cancella nell'organismo, e che ogni alterazione degli umori o dei tessuti prolunga le tracce del suo passaggio. Dopo la scoperta dell'anafilassi, possiamo dire col Richet che noi abbiamo una personalità umorale che ci rende differenti da tutti gli altri; e questa personalità umorale è dovuta precisamente alle infezioni ed intossicazioni multiple che hanno colpito il nostro organismo, lasciando in esso tracce indelebili del loro passaggio.

Con questa concezione, la vita patologica di un soggetto non sembra più un seguito discontinuo di episodi successivi. Le personalità umorali del Richet possono rassomigliarsi alle diatesi degli antichi.

Allarghiamo ancora il nostro campo visuale al di là dell'individuo, e faremo entrare nel concetto del pronostico l'avvenire della discendenza famiüale.

La possibilità dell'eredo-sifilide e dell'eredo-tubercolosi, e la trasmissione delle malattie umorali, quali l'emofilia, l'ittero emolitico, ecc., aggravano singolarmente la prognosi di questi stati morbosi.

Bisogna pure prendere in considerazione il prognostico collettivo dal punto di vista, per es. dei portatori di bacilli, per prevenire, per es., una epidemia di difterite in una scuola dove si sia verificato un primo caso di questa malattia, e così per prendere le misure profilattiche contro la possibilità di una epidemia di meningite cerebro-spinale, ecc.

Al disopra ancora dell'individuo, della famiglia e della collettività vi è la razza: di qui la necessità del pronostico sociale. La tubercolosi, la sifilide, l'alcoolismo, per es., sono vere malattie sociali. Tutte le nostre misure legali di disinfezione, di vaccinazione preventiva, ecc., rispon-

dono al concetto del pronostico sociale. Ed a migliorare le qualità sociali, fisiche o mentali, delle future generazioni, tende anche la scuola degli *Eugenetici*, mediante la puericultura prima della procreazione, durante la gravidanza e dopo la nascita.

***

Quest'allargarsi progressivo del campo della prognosi medica porta a dei fatti sempre identici? Non è possibile ammettere l'immutabilità del prostico di fronte ai grandi progressi fatti dalla terapeutica.

La medicina scientifica e pratica in pochi decenni si è completamente trasformata: patogenesi, metodi di esplorazione clinica, terapia, tutto si è rinnovato, e di conseguenza si è profondamente modificata la prognosi di tutti gli stati morbosi. Forse non v'è malattia che non abbia subito una notevole attenuazione di gravità. In molti casi il medico deplora purtroppo la propria impotenza; ma neppure questa è più tanto completa. Come negare l'influenza dei raggi Röntgen e del radium, del progresso della tecnica chirurgica nel giudizio prognostico del cancro? In virtù della cura salicilica, il reumatismo articolare acuto non è più quello dei tempi passati; dopo Brandt i tifosi sono cambiati, e cambieranno ancora mediante la batterio-terapia antitifica. Si può disconoscere il miglioramento della prognosi della difteria dopo le scoperte di Behring e Roux? E quello della rabbia dopo la scoperta della vaccinazione antirabbica di Pasteur? Armati di metodi moderni, disponendo del mercurio e dell'arsenico, noi possiamo oggi curare la sifilide con maggiori speranze di successi terapeutici. Mediante l'atoxyl oggi siamo in grado di guarire perfettamente la malattia del sonno, che fino a poch'anni fa era ritenuta una malattia inguaribile. E così la dissenteria bacillare è efficacemente combattuta con la sieroterapia antidissenterica; la dissenteria amebica è da qualche anno rapidamente debellata mediante il cloridrato di emetina per iniezioni sottocutanee. Anche gli ascessi dissenterici del fegato guariscono con le iniezioni di emetina sotto la pelle o dentro la cavità dell'ascesso. Dappertutto la malattia si ritira davanti agli sforzi associati della terapeutica e dell'igiene, dappertutto il pronostico progredisce e migliora.

***

Ma nel pronostico vi sono pure dei limiti che servono a contenere, se occorre, il nostro orgoglio di medici. Bisogna distinguere il pronostico teorico dal pronostico clinico. In teoria noi conosciamo molte cose e, data una malattia, noi possiamo enumerare e descrivere tutte le complicazioni che possono modificarne l'evoluzione. Ma questo è il pronostico del libro, non il pronostico pratico che dev'essere applicato al singolo malato. A nulla giova la conoscenza di tutte le complicanze della febbre tifoide, se al letto del tifoso non sappiamo prevedere nè l'emorragia intestinale nè la perforazione.

Quando comincia una malattia, noi conosciamo per teoria quale strada essa può prendere: ma quale prenderà? Qui è il problema pronostico, del quale spesso ci è impossibile la soluzione. Lo studio dell'anamnesi ereditaria e personale senza dubbio spesso ci può servire di guida; ma ci è ignoto il determinismo locale delle fissazioni setticemiche o tossiche. Nessuno può prevedere, all'inizio della polmonite, l'endocardite o la meningite pneumococcica che potrà portare a morte.

Una volta avvenuta la localizzazione della malattia, non sempre possiamo apprezzare il grado e l'evoluzione della lesione anatomica. Non possiamo dire se nel tifoso l'ulcera intestinale tenda alla perforazione, se in una stenosi mitralica sia per prodursi l'infarto emottoico o l'embolia della silviana. Così nelle malattie meglio conosciute il nostro pronostico può restare incerto, forte in teoria, debole nella pratica.

A tutte queste cause d'incertezza, bisogna aggiungerne altre due d'importanza maggiore: la reazione del sistema nervoso che può sempre aggiungere al processo morboso elementi perturbatori, e la resistenza speciale dell'organismo contro la malattia.

Per concludere, il pronostico forma come il corollario e l'applicazione pratica della diagnosi e di questa segue i metodi ed i progressi. Il pronostico nella sua evoluzione moderna ha partecipato di tutte le conquiste della medicina scientifica. Esso sembra come la sintesi del giudizio medico, e nello stesso tempo precede, controlla e giustifica la terapia e la profilassi. Nella sua evoluzione, nella attenuazione progressiva della gravità di tanti mali, esso ci incoraggia nei nostri sforzi a superare le incertezze e le difficoltà ancora numerose.

P. S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche culturali sul virus della rabbia.

Malgrado la scoperta dei corpuscoli del Negri e la dimostrazione della filtrabilità del virus rabbico, ancora non si conosceva la vera natura del virus stesso.

Dopo circa due anni di ricerche, il Noguchi nell'Istituto Rokefeller di New York (*La Presse Médicale*, 6 sett. 1913) ha ottenuto dei risultati batteriologici molto importanti.

Egli ha fatto circa 50 serie di culture col cervello o il midollo spinale di cani, conigli e cavie ai quali era stato inoculato il *virus di strada*, il *virus di passaggio*, od il *virus fisso*, seguendo lo stesso metodo impiegato con successo nella cultura delle spirochete della febbre ricorrente.

In queste culture si producono piccoli corpuscoli granulari e corpuscoli polimorfi cromatici un poco più grandi, che si riproducono nelle culture in serie per molte generazioni. Ha ottenuto la formazione di questi corpuscoli da tutte le tre specie di virus. I più piccoli di questi corpuscoli si trovano al confine della visibilità microscopica.

In quattro culture avute da *virus di passaggio* e da *virus fisso*, il Noguchi ha osservato la presenza di corpuscoli rotondi od ovali, circondati da membrane, che differiscono completamente dai corpuscoli granulari più piccoli, pure producendosi insieme nelle stesse culture.

Essi sono apparsi dopo 4-5 giorni: e dopo son diminuiti di numero, mentre invece aumentavano i corpuscoli granulari. In uno dei quattro casi, questi corpuscoli più grandi si sono prodotti in una cultura preparata dal cervello di un coniglio inoculato con una cultura di virus *di passaggio*, che aveva dato luogo a sintomi di infezione rabbica; in altri due casi si sono prodotti in culture di virus *fisso*, nel quale difficilmente si mettevano in evidenza i corpuscoli del Negri.

Nelle microfotografie che pubblica l'A., i corpuscoli nucleati coltivati sono in via di moltiplicazione, per divisione o per gemmazione, ed hanno i caratteri di protozoi. Aggruppamenti di più corpuscoli son contenuti per certo tempo in una capsula comune. Hanno un diametro massimo da 1 a 12 micron.

All'ultramicroscopio, presentano gli stessi caratteri ben determinati, come nei preparati colorati: la membrana distinta e fortemente refrangente, il centro nucleato.

Presso a poco mentre i corpuscoli nucleati compaiono gradatatamente, numerosi corpuscoli granulari caratteristici appaiono nelle culture insieme ad altri corpuscoli minuscoli rotondi liberi. È prematura ogni interpretazione di queste forme di microrganismi.

Queste forme non si sviluppano negli altri terreni di cultura.

Inoculando materiale di culture contenenti questi corpuscoli granulari polimorfi o nucleati, si è ottenuta la riproduzione della rabbia nei cani, nei conigli, nelle cavie. Nei preparati ottenuti con la poltiglia del cervello di questi animali, i corpuscoli granulari sono costantemente presenti e qualche volta anche i corpuscoli nucleati, in numero considerevole.

P. SABELLA.

CASISTICA.

Ozena e tubercolosi.

L'ozena è tuttora una malattia non perfettamente nota nella sua etiologia e patogenesi: e poichè innegabilmente essa lascia riconoscere una predisposizione individuale, talora familiare, uno speciale decadimento dello stato generale ben manifesto, diversi autori hanno pensato si avessero strette relazioni fra l'ozena stessa e l'infezione tubercolare.

Le ipotesi formulate sui rapporti esistenti fra le due malattie si possono raggruppare così:

1) l'ozena è un fattore etiologico della tubercolosi;

2) l'ozena è una malattia veramente di natura tubercolare;

3) nell'ozena e nella tubercolosi il «terreno» soltanto è identico:

a) il «terreno» coincide con una distrofia generale;

b) il «terreno» dà una distrofia locale, la caratteristica atrofia dei turbinati, che accompagna sempre l'ozena.

Dopo aver discusso ampiamente queste diverse ipotesi e i dati clinici, anatomo-patologici e sperimentali recati in loro appoggio dagli autori, G. Bilancioni ha istituito due ordini di ricerche sull'argomento (*Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Univ. di Roma*, 1913), per lumeggiare alcuni punti discordi.

Anzitutto ha esaminato tutti i malati degenti nell'ospizio Umberto I per tubercolosi (circa 400), per notare in quale proporzione vi fossero gli ozenatosi. La maggior parte di questi malati sono nel secondo stadio, nel periodo di *tisi confermata*: orbene, mentre con discreta frequenza

si osservano in essi le deviazioni del setto e le riniti ipertrofiche, con concomitanti episodi di stenosi nasale, oppure — nelle forme torpide e avanzate, ad esempio — l'anemia e l'atrofia della mucosa nasale o una vera rinofaringite atrofica, mai l'A. ebbe occasione di vedere una ozena tipica. Questi reperti, mentre coincidono con quelli avuti dall'Alexander nel Sanatorio di Belzig, vengono a confortare i risultati della osservazione clinica quotidiana dei tubercolosi polmonari e laringei; nella evoluzione del loro quadro morboso hanno infatti notevole influenza complicante e acceleratrice tutte le localizzazioni congestive e infettive del rinofaringe.

Nella seconda serie di ricerche, Bilancioni ha ricercato l'esito della cutireazione in 38 casi di ozena tipica. Ad onta delle riserve dottrinali e pratiche che si possano elevare sulla specificità della prova cutanea alla tubercolina, essa conserva intatto un certo valore in questo caso, poichè la ozena prevale nei giovani: e la cutireazione ha valore clinico incontestabile e tanto più grande quanto più è fatta in una età meno avanzata. Si sono ottenute dunque 13 cutireazioni positive, 17 negative, 8 incerte.

Da queste ricerche l'A. ha potuto concludere, che:

a) l'ozena ha innegabile preponderanza nei giovani, in individui « linfatici », dall'*habitus* tubercolare;

b) in un numero notevole di questi, nel 35 per cento almeno, la cutireazione alla v. Pirquet riesce positiva;

c) nei soggetti con tubercolosi laringo-tracheale e polmonare in atto, di qualunque età e sesso, l'ozena vera è rarissima, mentre si ha piuttosto una relativa frequenza della rinite ipertrofica o della rinofaringite atrofica;

d) gli ozenatosi possono divenire, con vario meccanismo, dei tubercolosi polmonari; tuttavia in alcuni casi non si tratta di una simbiosi delle due infezioni, ma della progressione della ozena alla laringe o alla trachea o di forme sclerosanti broncopolmonari secondarie ai disturbi di funzionalità nasale, che possono mentire delle vere localizzazioni specifiche del bacillo di Koch.

A. R.

La tubercolosi della tromba di Falloppio.

Tra gli organi sessuali della donna, la tromba rappresenta la sede preferita della tubercolosi. Soltanto l'esame istologico permette d'affermare la natura tubercolare d'una infiammazione tubaria. La tubercolosi delle trombe è più frequente di quanto comunemente si crede, e ciò perchè l'infezione tubercolare è spesso mascherata da un'infezione microbica comune concomitante, gonococcica, streptococcica, coli-bacillare, tetragena, ecc.

La tubercolosi della tromba presenta un aspetto polimorfo dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico. A seconda della tendenza evolutiva dell'elemento tubercolare, l'A. distingue quattro varietà:

1. Tubercolosi granulare, miliare, ascitogena e peritoneale, che è la più comune e più conosciuta, caratterizzata dalle granulazioni miliari e dalla presenza dell'ascite.

2. Tubercolosi piogena, con tendenza alla fusione dei connettivi malati, con formazione di ascesso tubario o ascesso pelvico: questa forma somiglia ad una salpingite suppurativa semplice.

3. Tubercolosi lardacea, nella quale si ha ipertrofia di tutti i tessuti della tromba, del peritoneo pelvico e del legamento largo che prendono un aspetto lardaceo edematoso o fibroso.

4. Tubercolosi polimorfa, mista, granulosa e suppurativa, granulosa e lardacea.

Inoltre la tromba tubercolotica può essere invasa da un'infezione comune e viceversa.

La tubercolosi della tromba può complicarsi d'una infezione ordinaria per via intestinale, per via genitale o per via sanguigna.

La diagnosi della tubercolosi della tromba in genere è molto difficile, ed in genere si confonde con le più varie malattie degli organi del piccolo e del grande bacino. Soltanto l'esame istologico del pezzo anatomico permette di fare la diagnosi sicura. I precedenti anamnestici della paziente possono mettere sulla buona strada.

Il Tayle nel trattamento della tubercolosi delle trombe che naturalmente può essere soltanto chirurgico è partigiano del metodo conservativo: cita i risultati lontani dei casi da lui operati, nei quali, con l'estirpazione semplice della tuba malata o di questa e di una sola tromba, ha potuto salvare alla donna le funzioni mestruali e i diritti alla maternità.

(*La Presse Médicale*, 21 giugno 1913).

P. Sabella.

TERAPIA.

Il lavaggio con l'etere nella cura delle peritoniti.

Dopo l'olio canforato è la volta dell'etere, usato di recente in Francia, in casi di peritonite diffusa, con effetto più che incoraggiante.

Sembrerebbe irrazionale e temerario introdurre nel peritoneo una grande quantità di etere, se l'esperienza non venisse ad affermare nettamente che nessun danno viene all'ammalato per tale cura, che l'etere si dimostra *il migliore dei*

disinfettanti peritoneali finora usati. Secondo quanto è riferito nel *Journ. des Praticiens,* n. 23, 1913, Morestin e Souligoux hanno comunicato che essi usano sistematicamente l'etere nelle infezioni peritoneali, e che i loro resultati sono eccellenti.

Un'osservazione dimostrativa di Morestin riguarda una donna affetta da due anni da eventramento post-operatorio con ulcerazione recente della pelle, fuoruscita dell'epiploon a traverso l'ulcerazione e peritonite in via di diffusione —; l'operazione fu seguita da lavaggio con l'etere del peritoneo, e l'A. pensa che la guarigione sia dovuta a tale metodo. Il caso di Souligoux riguarda un individuo con ostruzione intestinale da 8 giorni, e con perforazione da 36 ore. Souligoux praticò, previa sutura della perforazione, un ampio lavaggio con l'etere, drenò, praticò un ano artificiale, e, contro ogni aspettativa, l'ammalato guarì nella maniera più semplice.

Marcille vanta con lo stesso metodo 2 guarigioni su tre operati; un quarto peritonitico, con peritonite generalizzata, consecutiva a perforazione di ulcera gastrica, operata alla ventisettesima ora anch'esso è guarito.

Témoin ha operato un uomo di 60 anni con ostruzione intestinale che datava da 4 giorni; durante l'intervento si rompe il cieco, e dei litri di contenuto intestinale si versano nella cavità peritoneale; l'operatore pulisce esattamente le anse imbrattate, sutura la ferita intestinale, pratica un largo lavaggio con etere ed un ano contro natura, lascia un drenaggio: le condizioni del malato erano talmente gravi che Témoin pronosticava morte in giornata; invece l'ammalato guarisce meravigliosamente senza il menomo incidente. Témoin stesso, in un vecchio di 72 anni che presenta un'enorme tumefazione addominale di difficile diagnosi, cachettico, con febbre, e polso piccolo, pratica una laparotomia; cade su una grande saccoccia pionefrotica, che si rompe inondando il peritoneo di parecchi litri di pus, di odore fetido.

L'operatore lava generosamente con l'etere, lascia un drenaggio addominale e lombare, l'ammalato, guarisce in una maniera sorprendente.

Auvray riporta un caso di peritonite generalizzata, che data da 14 giorni; laparotomia; sul bordo convesso d'un'ansa del tenue esiste una perforazione dovuta ad uno strozzamento laterale in un sacco erniario (il malato aveva un'ernia inguinale che egli stesso avea ridotto nei primi momenti del dolore). Il peritoneo si ritrova pieno di pus e di sostanze fecali; lavaggio con un litro d'etere, drenaggio; guarigione perfetta e rapida.

Pierre Delbet dice che tutti questi fatti sono « molto impressionanti », ed invero dopo le osservazioni accennate, e dopo le esperienze di Souligoux sugli animali che dimostrano innocue le iniezioni intraperitoneali d'etere, s'è incoraggiati ad esperimentare il metodo: esso è semplicissimo: aperto e nettato il peritoneo, si lavi abbondantemente il peritoneo e le anse con etere (si può giungere fino a un litro), si asciuga la sierosa con compresse facilmente, poichè una parte dell'etere rapidamente si evapora. Morestin lascia nel peritoneo da 20 a 50 cmc. d'etere senza alcun inconveniente. *t. p.*

Le indicazioni operatorie dell'appendicite nella chirurgia infantile.

Secondo Kirmisson (*Journal des Praticiens,* marzo 1913) il problema delle indicazioni all'intervento chirurgico nell'appendicite è molto complesso: per alcuni autori queste difficoltà non esistono, in quanto ritengono si debba sempre operare ed al più presto; questa formula però non è esente da pericoli gravi.

Delle volte l'appendicite si riduce a delle semplici crisi dolorose, senza febbre, senza vomito. La *colica appendicolare* è facilmente confusa con la colica epatica, o nefritica, o con stasi di congestione ovarica premestruale. Secondo Kirmisson queste crisi non costituiscono per sè stesse una indicazione sufficiente all'intervento; ma se esse si ripetono più volte, l'indicazione diventa ben netta, perchè allora si deve prevenire l'attacco vero di appendicite acuta grave.

In una seconda serie di casi, si ha la sindrome caratteristica dell'appendicite acuta, con dolori, febbre, vomito, stipsi. Con un trattamento medico bene appropriato, i sintomi si attenuano e scompaiono; si può allora operare a freddo dopo parecchie settimane.

In un grado più avanzato si ha l'*appendicite plastica,* nella quale al di sopra dell'arcata del Falloppio si osserva una tumefazione a forma di piastrone, costituito dall'epiploon e da anse intestinali ammassate da numerose aderenze flogistiche, fra le quali spesso si annida il pus. Tutti questi fenomeni possono retrocedere, e allora dopo una più lunga attesa si potrà operare a freddo. Talora la suppurazione compie la sua evoluzione, e allora occorrerà aprire e drenare senza perdere tempo l'ascesso peri-appendicolare.

Nella appendicite con peritonite diffusa non si deve esitare un momento solo: l'atto operativo s'impone d'urgenza; si apre, si vuota e si drena, e possibilmente si reseca l'appendice che costituisce il vero focolaio d'infezione.

L'A. raccomanda caldamente di adoperare tubi di drenaggio di calibro piccolo e di non lasciarli molto a lungo nella ferita, per evitare le gravi emorragie per ulcerazione dell'arteria iliaca esterna che più volte è stata osservata e sempre ha portato a rapida morte il piccolo paziente. *P. S.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(157) *Callosità ai piedi.* — Le callosità che si formano spesso, anche in persone che camminano poco, alla pianta dei piedi in corrispondenza del 1° e del 5° metatarso e specie nello spazio ad essi intermedio, a che cosa sono dovute e qual'è il miglior rimedio di cura.

Ringraziandola sentitamente, mi creda con stima

Niscemi. suo vecchio abbonato.

Le callosità si producono di solito mediante pressione sui punti, i quali per la loro posizione sopra sporgenze ossee sono esposte alla contropressione. Data l'origine traumatica, si trovano particolarmente alle mani ed ai piedi, dove per una certa occupazione o per la calzatura viene esercitata una pressione *spesso ripetuta*. Molte volte le callosità diventano dolorose, in seguito ad una vera infiammazione che si manifesta sotto di esse; qualche volta avviene anche la suppurazione, con distacco successivo dello strato corneo.

Se le influenze traumatiche cessano, le callosità spesso scompaiono, ma esistono anche dei casi, in cui non si può ottenere la loro scomparsa, malgrado l'intervento terapeutico.

La terapia tende a togliere lo strato corneo ispessito.

La guarigione definitiva è spesso difficile, perchè la rigenerazione delle masse cornee avviene in numerosi casi con grande facilità. A questo fatto contribuiscono circostanze esteriori, come pressione da parte della calzatura, ecc., che non si possono sempre eliminare completamente.

E perciò bisogna limitarsi molte volte alla cura palliativa, la quale fa cessare i disturbi almeno temporaneamente.

Essa consiste nell'eliminazione dello strato corneo ispessito mediante il bistouri o il rasoio o nell'uso di mezzi, i quali producono una mobilitazione ed un distacco spontaneo delle masse cornee (come, p. e., bagni caldi con sapone e soda).

Fra i preparati chimici il migliore è l'acido salicilico (in forma di alcool o collodion al 10-15%, o di salicylguttaplast della Casa Beiersdorf di Amburgo, ecc.). Anche l'applicazione dell' « Unguentum diachylon Hebra » per alcune settimane è indicato, specialmente nei casi, in cui l'acido salicilico provoca una eccessiva macerazione.

I. ULLMANN.

158. *Sulla malattia del sonno.* — Prego fornire qualche notizia sulla Patogenesi e sulla Terapia attuale della malattia del sonno.

Dott. N. M. da C. (Salerno).

La malattia del sonno è lo stadio cerebrale, per dir così, della tripanosomiasi umana. Questa è essenzialmente una flogosi cronica del sistema linfatico, probabilmente causata da tossine prodotte dal tripanosoma specifico.

L'ipotesi più accettata è che il germe introdotto per la puntura delle glossine passi direttamente nella corrente linfatica e si soffermi nelle ghiandole: per altro non si può del tutto escludere che la penetrazione avvenga in primo tempo nel circolo sanguigno, e poi, per rottura di qualche capillare, il tripanosoma passi nelle ghiandole linfatiche. Alla poliadenite si aggiunge la flogosi dei follicoli solitari e delle placche di Peyer nell' intestino, ed una infiltrazione linfocitaria del cuore e di altri organi, le quali alterazioni sono accompagnate da febbre. Prima o poi, anche le meningi e la sostanza propria del cervello e del midollo spinale sono colpite da infiltrazione linfocitaria perivasale, con proliferazione della nevroglia. Ciò produce compressione dai vasi, quindi irrorazione sanguigna sempre più scarsa, e conseguente distrofia delle cellule nervose: allora si manifestano i sintomi che caratterizzano la malattia del sonno.

A malattia avanzata possono sovrapporsi infezioni secondarie, principalmente da streptococchi e pneumococco, le quali probabilmente abbreviano la vita degl'infermi.

Quanto alla cura, i medicamenti che hanno fino ad ora dimostrato una certa efficacia sono l'arsenico in forma di atossile, per iniezioni intramuscolari da 15-20 ctgr. ciascuna, e l'antimonio in forma di tartaro emetico, preferibilmente per iniezioni intravenose, di 5-10 ctgr. ciascuna. Si fa anche una cura combinata di atossile e tartaro emetico. E' stato anche provato l' uso dell'atossile associato all'orpimento, al mercurio, a vari colori d'anilina, conforme ai principii di chimioterapia; ma resta ancora superiore a tutte la cura mista di atossile e tartaro emetico. D. D.

(159) *Sequele di polmonite e di broncopolmonite nei bambini.* — Prego codesta on. Direzione a volermi dare nella Posta degli abbonati una risposta alla seguente domanda:

Ho osservato nella pratica che bambini di circa un anno o poco più, i quali ebbero a soffrire di una pneumonite o di alcuni focolai bronco-pneumonici, rimangono poi spesso affetti da un catarro diffuso polmonare che si rivela obbiettivamente con rantoli crepitanti e con sibili più o meno pronunciati e diffusi e subbiettivamente con tosse talora insistente, con qualche accesso asmatico e con lieve decadimento generale. Ora quale sarebbe la cura più adatta e più consentanea nell'ambiente povero per guarire questo persistente catarro polmonare che trova, a mio debole parere, la sua ragione d'essere oltre alla causa infettiva precedente, a una speciale condizione fisica dell'albero respiratorio dei bambini?

(facile dilatazione delle cellule polmonari, difficoltà, anzi impossibilità, di espettorazione). Ho provato qualche emetico, con nessuno o scarso risultato e sopra ho detto « elemento povero » perchè invece in qualche famiglia ricca la cura dell'aria marina ha arrecato veramente in tali casi qualche giovamento.

Dott. C. A. n. 4480 (Spresiano).

Nelle condizioni suddette più che gli espettoranti e gli emetici possono giovare i balsamici a dosi non esagerate. In special modo utili possono riuscire il tiocolo ed i suoi derivati che nei bambini sono ben tollerati. Il tiocolo si può usare alla dose di 20-30 centigrammi (2-3 volte al giorno). Se la famiglia non è molto povera si può somministrare la sirolina od il sulfosoto Roche alla dose di un cucchiaino, 3 volte al giorno. Se la tosse non è stizzosa si può consigliare con giovamento qualche inalazione di trementina ponendo un cucchiaio di olio essenziale di trementina in un largo recipiente di acqua bollente che si pone vicino al letto. Come cura generale si consigli sempre lo iodio sia sotto forma di sciroppo iodotannico (2-3 cucchiaini al giorno) che di sciroppo di Ruspini, o anche di goccie di una soluzione iodo-iodurata (1 %), oppure di olio di fegato di merluzzo iodato.

Il clima marino, per chi può, è il migliore rimedio. Si consigli per quanto è possibile il soggiorno all'aperto, fuori di casa, possibilmente in carrozzino (attenzione al vento ed al sole). La alimentazione deve essere possibilmente nutriente (latte, burro, cacao, purée, riso, ecc.).

In qualche caso si può applicare sul torace con cautela della tintura di iodio mescolata a parti eguali con glicerina, o anche dell'olio di trementina.

E' necessario escludere che il bambino non presenti sintomi di ipotiroidismo, poichè in questo caso gli accessi di asma possono essere in rapporto con questo stato morboso: allora può riuscire utile una cura di tiroidina. Così pure si assicuri il medico che non esistano vegetazioni adenoidee o affezioni nasali che possano esser causa dell'asma ricorrente, poichè in tal caso la miglior cura consiste nell'allontanamento della causa determinante.

M. F.

(160) *Sulla disinfezione degli ambienti.* — Nel fascicolo 35 del *Policlinico*, Sezione pratica, pagina 1271 e 1272, ho letto nella posta degli abbonati il mezzo migliore e più sicuro che viene consigliato per la disinfezione delle stanze, dove abitarono tisici, e dei loro vestiari.

Trovandomi appunto nel caso di dovere ordinare una tale disinfezione mi sono attenuto al metodo più pratico; e per disinfettare una stanza di circa 40 metri di cubatura, dove erano vestiari, letto, materasse di penne ed altri mobili, ho ordinato:

Formalina del commercio kg. 1
Permanganato di potassio kg. 1

il tutto da mescolarsi con un litro d'acqua in un recipiente.

Il farmacista non ha voluto dare il chilogrammo di permanganato, ritenendo tale dose pericolosa, ancorchè adoperata nel modo suddetto.

Ora desidererei sapere se vi è un errore nella prescrizione oppure è in errore il farmacista ritenendo nociva tale dose di permanganato.

Ringraziando anticipatamente

Tizzana. Di Pietro Lenzini, abb. 8013.

Prego notificarmi un mezzo semplice e pratico per chiudere le connettiture delle imposte, dovendosi procedere alla disinfezione con gas formaldeide.

Dott. E. C. da P.

Il diniego del farmacista non si giustifica.

La mescolanza va eseguita secondo le norme indicate.

Non è forse superfluo aggiungere che conviene usare un recipiente molto grande, affinchè la viva effervescenza prodotta non faccia versare il contenuto sul pavimento, determinandovi delle macchie. Per maggiore cautela è bene deporre il recipiente sopra una tavola od una lastra, sopra segatura, ecc. Le macchie si levano con una soluzione di acido ossalico.

Quando gli affissi sono ben fatti è preferibile di non chiudere le commessure. Altrimenti si può far uso di cotone idrofilo bagnato.

A rigore non si tratta del mezzo «migliore e più sicuro» di disinfezione; ma, come abbiamo già dichiarato, di un mezzo che porta a buoni risultati.

L'inconveniente più grave che esso presenta è quello di essere poco penetrante (ad esempio la disinfezione non giunge nell'interno dei materassi, delle coperte, spesso neppure nelle tasche dei soprabiti, onde conviene rimboccarle), ecc.

In compenso però è molto *pratico*: basta ampiamente nelle contingenze abituali.

L. V.

A proposito dello stesso argomento ci scrive il dott. Ernelio Bernabei di Lastra a Signa per rilevare i vantaggi di un antisettico preparato con formola del prof. M. Tortelli e posto in commercio sotto il nome (un po' strano) di « artropicida sovrano ». Si applica polverizzando una soluzione all'1 % su le pareti, i mobili, le vesti, ecc., mediante un polverizzatore qualunque, ed immergendo la biancheria nella stessa soluzione. Non produce alterazioni di sorta.

Condurrebbe a risultati eccellenti.

Se n'è occupato in due monografie il prof. Giuseppe Ficai di Arezzo.

VARIA

La longevità dei coniugati. — Si è da tempo divulgata la nozione che i coniugi vivono più a lungo dei celibi e delle nubili. Mancavano però dati precisi e circostanziati al riguardo.

Per risolvere nel modo più ampio la questione, il Dipartimento sanitario di New York ha cominciato nel 1909 a far « tabellare » le morti in rapporto allo stato coniugale, al sesso ed all'età — esclusi i centri di New York e di Buffalo. Mettendo in rapporto questi risultati con le statistiche della popolazione vivente nella stessa area durante il 1910 e classificata allo stesso modo, secondo i dati da poco raccolti dal « Census Bureau », è stato possibile di studiare in modo completo ed esauriente i rapporti tra la mortalità e lo stato coniugale.

L'Ufficio sanitario di New York ha affidato questo studio al prof. Walter G. Willcox (della Cornell University), il quale pubblica ora i risultati della sua inchiesta (*Monthly Bulletin of the New York State Department of Healt*, maggio 1913).

Il fatto più evidente che emerge da queste indagini è che tra gli uomini coniugati la mortalità è molto più bassa di come non lo sia tra i celibi. Dai 20 ai 30 anni il tasso di mortalità è di 4.2 tra i coniugati, è di 6.6 tra i celibi, ossia più di un terzo superiore. Dai 30 ai 40 anni la differenza diviene ancora più forte, poichè muoiono all'anno 6 coniugati contro 13 celibi ogni 1000, cioè il tasso è più che doppio pei celibi; e la stessa differenza si mantiene dai 40 ai 50 anni, poichè le cifre suesposte divengono di 9.5 e 19.5. La divergenza diminuisce dai 50 ai 60 anni, ma v'è ancora un vantaggio pei coniugati, dell'11 %. Persino da 60 a 70 anni la mortalità tra i coniugati è inferiore a 32, tra i celibi è di 51. Da 70 a 80 anni la mortalità diviene quasi la stessa, nei due gruppi; ma i coniugati sono sempre i favoriti.

In parte queste notevoli differenze debbono ascriversi alla circostanza che molti celibi si mantengono tali perchè soggetti a malattie, o perchè di salute delicata, di modo che non vogliono o non possono assumere i pesi e le responsabilità di una famiglia; altri celibi sono degli scarti sociali, degli spostati, incapaci di procurarsi le risorse economiche bastevoli a mantenere una famiglia, conducono una esistenza piena di ansie, di preoccupazioni e di triboli, che ne danneggiano e rovinano la salute. In molti altri casi però queste spiegazioni non possono assolutamente valere ed è necessario invocare la regolarità e la morigeratezza della vita di famiglia, che esercitano un'azione benefica sulla salute. Inoltre, come ha dimostrato in Francia Bertillon, i coniugati accettano meno facilmente i mestieri pericolosi o i lavori esaurienti, si espongono meno alle cause di malattie o di morte, perchè la responsabilità della famiglia aggiunge in essi un incentivo al « self-restreint ».

Pei vedovi e pei divorziati la mortalità diviene elevatissima.

Dai 20 ai 30 anni è quasi doppia di quella che si riscontra tra i celibi!

Dai 30 ai 40 è di 14.1, di fronte a 12.9 dei celibi. Dai 40 ai 50 è alquanto inferiore; da 50 a 60 torna ad essere alquanto più elevata. Come osserva il perito dell'Ufficio sanitario di New York, « i mariti che perdono la moglie perdono anche la probabilità della longevità, assicurata dallo stato maritale; e, in genere, quanto più sono giovani tanto più perdono ».

Tra le donne le differenze tra lo stato coniugale e il nubile non sono così cospicue. Anzi nella decade dai 20 ai 30 anni le donne coniugate presentano un tasso di mortalità alquanto più elevato che non le nubili: la differenza è di 5 : 4. Probabilmente questa differenza deve attribuirsi alla gestazione e al parto; ma in parte è solo apparente, poichè i periodi decennali scelti per queste ricerche sono troppo estesi, e dai 20 ai 30 anni fra le nubili vengono a figurare molte più giovani prossime ai 20 che non tra le maritate; ora, la mortalità tra le giovani che hanno appena superato i 20 anni è più alta di come non sia tra quelle che si avvicinano ai 30.

Dai 30 agli 80 anni vale anche per le donne la legge che il matrimonio prolunga la vita media, mentre lo stato di vedovanza e quello di divorzio la riducono, sebbene non in modo così marcato come pel sesso forte.

R. B.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. BIAGINI. **Il bambino.** 2ª edizione riveduta dal prof. S. RIVA-ROCCI. 1 vol. in-8 picc. di pagine 443. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1913. L. 5.

Questo manuale di propaganda rivela subito — virtù molto rare nelle pubblicazioni odierne — la sagacia, l'impegno e la coscienziosità con cui è stato condotto.

Basterebbero queste doti a raccomandarlo, anche astraendo dal fatto che al lavoro già pregevolissimo(*) legatoci dal compianto Biagini — il quale lo aveva redatto con alacrità giovanile — è toccata la ventura di essere rimaneggiato e rimesso

(*) Unione T.-E., 1895.

a nuovo da uno dei più reputati pediatri viventi.

Non occorreva meno di questa efficace cooperazione per esporre al pubblico in forma eletta, comunicativa, eppure rigorosamente scientifica, l'arte difficile di allevare i bambini.

Tra i libri del genere questo detiene senza dubbio un posto d'onore.

Esso comprende alcuni preliminari di fisiologia, le norme generali dell'igiene, un'ampia trattazione sull'allattamento (la pietra di paragone dei lavori di propaganda sull'igiene infantile) e sobrî cenni sulle malattie più comuni dell'infanzia.

***

La cura dei particolari ha forse trascinato gli autori a sovrabbondare nello svolgimento di qualche capitolo; per altro riteniamo che questo non costituisca un difetto, malgrado l'auto-ammonimento che il Biagini volle premettere al lavoro.

Il Biagini avvertiva nettamente il pericolo di eccedere nella volgarizzazione della medicina e dell'igiene. E premuniva contro questo pericolo.

Ma sembra a noi che, per essere utilmente compresi dal pubblico, sia necessario addurre molti fatti concreti, trarne conseguenze rigorose e illustrarne ampiamente l'applicazione con dettagli precisi intorno a tutte le questioni d'interesse pratico.

Pur troppo questa volgarizzazione *ad oltranza* nasconde un'insidia: alimenta nel pubblico l'illusione di potersi esimere dall'opera del medico.

Ma il Biagini e il Riva-Rocci hanno cura di mettere in guardia contro tale tendenza; fanno emergere tutte le gravi e talvolta insormontabili difficoltà dell'arte sanitaria; fanno valere l'impellente necessità del medico, il quale è solo in grado di porre la diagnosi e dirigere e sorvegliare il trattamento, assumendone la responsabilità.

Così il lavoro adempie un duplice mandato: diffonde molte nozioni utili e agevola il compito del medico.

***

Informandoci allo spirito generale del lavoro, oseremmo dire che certe nozioni potevano essere utilmente sviluppate.

Adduciamone un esempio. Trattando degli ossiuridi, non sarebbe stato inopportuno insistere sul compito dell'auto-inoculazione. Importa infatti che le famiglie sappiano come basti prevenire l'auto-inoculazione perchè i parassiti scompaiano, così da rendere quasi superflue le cure locali; che le famiglie siano informate sui mezzi idonei a raggiungere lo scopo (far lavare le mani più volte al giorno, tagliare corte le unghie, spazzolarle, impedire che vengano rosicchiate o che le dita vengano introdotte in bocca, magari mediante pennellazioni con una soluzione di quassina, far portare le mutandine o le camice chiuse di notte; in genere, far osservare la nettezza, prevenire che i bambini presentino uova e frammenti di vermi sotto le unghie, nelle mani, su tutto il corpo...).

***

Al libro sono stati annessi alcuni fogli di *réclame* sopra specialità farmaceutiche. Non sapremmo approvare questo commercialismo il quale ha per risultato di sciupare un eccellente lavoro di propaganda.

Il volume è stampato con quella finitezza ed eleganza che distingue la produzione della grande casa editrice di Torino. L. VERNEY.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

R. BELLANTONI. **Bambinicoltura (ossia modo di allevare sani i bambini).** 1 vol. in-16 di pag. 330. New-York, Nicoletti Bros. Press, 1913. Rilegato.

Con vivo compiacimento segnaliamo questa pubblicazione che dimostra quale magnifico incremento la medicina italiana abbia saputo assumere negli Stati Uniti e ne onora i rappresentanti.

L'A. ha profittato molto della sua pratica personale e forse più ancora della letteratura: ha comparato e condensato e ne ha tratto uno studio interessante, il quale si distingue per la copia e la chiarezza delle nozioni utili.

Seguendo una consuetudine che tende ad affermarsi nei migliori libri di propaganda, anche l'A. non esita a largheggiare nelle nozioni esposte. E così egli si giustifica:

« Son d'intendimento che la scienza medica, come qualunque altra scienza, non debba essere un pane misterioso e privato, ma debba invece essere accessibile a tutti; è per questo fatto che ho, nell'esposizione, eccennato a dati scientifici di portata non comune, cercando di esporli in maniera comprensibile, così che il libro non fosse un vangelo o un codice, ma un libro che prepara la ragione in base a fatti determinati e constatati dalla scienza ».

Risultato imprevisto: da questi libri emerge sempre meglio l'importanza dell'intervento medico per preservare la salute e curare le malattie.

L'A. spiega un reale talento espositivo. Il suo lavoro si legge senza alcuna fatica: è questo un pregio notevole, il migliore forse per un' opera di propaganda.

Il lavoro è corredato di figure numerose e dimostrative, ma qualcuna di esecuzione alquanto difettosa.

Se ne raccomanda la lettura non soltanto ai genitori, ma anche ai medici che vogliano compiere opera di propaganda. *y.*

G. GUIDI. **Igiene del bambino.** 1 vol. in-16° di pagine 267. Milano, Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, 1912. Rilegato.

Questo riuscitissimo lavoro vanta già la sua quarta edizione, probabilmente perchè non è soltanto nitido ed accurato, ma è anche redatto in una forma spigliata e gradevole, che lo rende molto adatto alla volgarizzazione.

Si attiene strettamente all'igiene; non invade il campo della patologia e della terapia, se non in quanto mette in guardia contro i pericoli della medicina popolare e dà le norme per l'assistenza.

Vedremmo volentieri aggiunto un capitolo sulla nettezza.

Questo buon libro può essere raccomandato con piena fiducia alle famiglie. *y.*

Dott. F. DI BIAGI. **L'allevamento dei bambini.** Tipografia Economica, Narni, 1913. L. 3.

« Colla sua esposizione facile e piana, alla portata di tutte le intelligenze, questo libro costituisce una guida preziosa per le mamme che lo consulteranno, e che faranno tesoro delle istruzioni e dei consigli che in esso sono contenuti ». Così si esprime il prof. Concetti nella prefazione del libro.

E ci pare che l'autore possa esser soddisfatto dell'elogio che gli viene da uno dei più eminenti pediatri italiani.

Notevole è il capitolo sulla psiche infantile.

S.

G. ALONZI. **Le suppurazioni auricolari nei poppanti.** Veroli, tipografia Reali, 1912. Prezzo lire 10.

È un volume di circa 300 pagine nel quale è trattata in modo diffuso e completo una affezione frequentissima a riscontrarsi nei bambini e che deve esser presa in grande considerazione dai pediatri sia per la sua frequenza, sia anche per l'importanza che la malattia ha dal lato clinico e dal lato sociale.

Se la maggior parte delle otiti fossero riconosciute e curate in tempo i casi tanto frequenti di sordità parziale o totale sarebbero ridotti a pochissimi. L'importanza sociale di una cura precoce è evidente quando si pensi alla condizioni di inferiorità in cui si trovano coloro che hanno l'udito imperfetto per non poter attendere ai loro studi e per la difficoltà che incontrano nella vita per procurarsi una occupazione.

L'A. dopo un accurato studio anatomico, fisiologico e di sviluppo dell'orecchio nel neonato e nel lattante parla delle suppurazioni auricolari dei poppanti.

Si diffonde a parlare della etiologia della suppurazione auricolare, e, dopo aver parlato delle varie otiti sintomatiche (nella rosolea, nella scarlattina ecc.), tratta della patogenesi, delle cause predisponenti e delle cause occasionali delle otiti medie nei poppanti. Cita inoltre i risultati delle ricerche personali bateriologiche.

Termina con una diffusa bibliografia.

M. F.

M. NATHAN et H. DUROT. **Les arriérés scolaires.** 1 vol. in-8, Paris, Librairie Fernand Nathan 1913. Fr. 5.

I medici e gl'igienisti leggeranno con interesse queste conferenze. Vi troveranno la clinica di un soggetto ancora poco noto. Ma gli autori hanno voluto un più vasto pubblico: ai maestri, ai precettori, ai padri di famiglia, essi offrono questo manuale d'educazione dei fanciulli anormali. Espongono in esso la disciplina che conviene ai tardivi; igiene e ginnastica speciale, mezzi atti a svegliare ed a coltivare i sensi, l'intelligenza, la volontà.

Utilizzare tutte le vite umane, tutte le intelligenze, è un compito altamente civile. E tale è il compito di questo libro. R. B.

SILVIO CANESTRINI. **Ueber das Sinnesleben des Neugeborenen.** 1 op. in 8 grande di pag. 104. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1913. M. 6.

L'A. dischiude ed esplora un mondo che era rimasto e sembrava quasi inaccessibile: la vita dei sensi e della psiche nella prima infanzia. Le sue ricerche numerose ed accuratissime sono state compiute seguendo i metodi della psicologia sperimentale, sotto gli auspici della Clinica neurologica di Graz, diretta dal prof. Hartmann, e con la cooperazione delle cliniche ostetrica e pediatrica, dirette dai professori Knauer e Langer.

Esse desteranno un interesse legittimo tra gli psicologi, i fisiologi, i pediatri, i medici. V.

L. LEVI. **L'instabilité thyroïdienne infantile.** A Poinat. Ed. 0.50.

È il n. 49 della serie delle consultazioni mediche francesi. Enumera le sindromi morbose che con le alterazioni funzionali tiroidee hanno rapporto, e richiama l'attenzione del medico sulla terapia specifica spesso utile e pur trascurata.

t. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Consiglio direttivo dell'Associazione Nazionale dei medici ospedalieri si è adunato in Roma sotto la presidenza del prof. Carducci e dopo di aver preso atto di parecchi voti importanti, approvati nel recente Congresso regionale dei medici ospedalieri della Lombardia, ha udito il resoconto dato dal dott. Sgambati, di ritorno in qualità di rappresentante ufficiale dell'Associazione dal Congresso internazionale per gl'infortuni, tenutosi dal 9 al 14 corrente a Vienna. Il Consiglio si è compiaciuto vivamente dell'opera del proprio rappresentante, intesa ad esporre le idee dell'Associazione, e quanto si è fatto e si è sulla via di fare in Italia in ordine ai provvedimenti di prevenzione e cura degl'infortuni.

Il Consiglio ha poscia preso importanti deliberazioni per il prossimo Congresso nazionale dei medici ospedalieri a Torino (3, 4, 5 ottobre) ove il dott. Sforza riferirà « *Sulla necessità di uno* stage *ospedaliero obbligatorio per i laureandi in medicina* ».

Indi ha ripreso in esame un ricorso dei medici degli Ospedali civili di Genova, riconoscendo che urgono provvedimenti atti a risollevare la loro condizione morale e finanziaria, e ha deliberato di appoggiare le legittime loro aspirazioni presso le competenti autorità.

Infine il Consiglio ha deliberato sovra provvedimenti d'ordine interno dell'Associazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4033) *Esercizio professionale all'estero.* — Al Dott. L.C. da C. rispondiamo che in quasi tutti gli Stati esteri, per reciprocanza è consentito ai medici italiani di esercitare la professione presso i propri connazionali.

(4037) *Ricorso in linea straordinaria al Re.* — Il Dott. L. R. da P. avendo interposto ricorso straordinario al Re avverso la deliberazione del Consiglio Comunale con cui serotinamente fu escluso dal concorso per medico condotto e non avendo ancora dopo cinque mesi conosciuto alcun risultato, desidera conoscere come ciò sia avvenuto e se in caso di silenzio, possa agire giudiziariamente per danni.

Dai termini del fatto quesito si ha ragione per ritenere che il ricorso straordinario a S. M. il Re non sia stato fatto con le forme e modalità volute dalla legge. Esso dovea essere steso su carta da bollo da lire 1.20, dovea essere inviato al Ministero dell'Interno e dovea essere previamente notificato tanto al Comune quanto al sanitario che fu nominato. Se tali modalità mancarono il ricorso sarà stato dichiarato irricevibile.

Riteniamo però, che ben possa essere iniziato giudizio per danni per la indebita esclusione ordinata dal Comune.

Per iniziare tale giudizio e per ottenere la ammissione al gratuito patrocinio occorrerà consultare e chiedere l'assistenza di qualche professionista locale.

(4038) *Pensioni - Interruzione di servizio.* — Il Dott. O. B. da C. S. avendo interrotto il servizio per cinque mesi, chiede conoscere se tale periodo di tempo possa essere computato in quello utile per la pensione.

Le interruzioni di servizio sono escluse dal computo del tempo necessario per lo acquisto del diritto a pensione. Il periodo utile si riattacca col giorno 6 giugno perchè allora ottenne nuova nomina regolare in base a concorso.

(4039) *Farmacie - Corpi morali.* — Il Dottore abbonato numero 8490 desidera conoscere se una Società agricola operaia legalmente costituita possa impiantare una farmacia per uso esclusivo dei soci e loro famiglie.

Se la Società agricola, cui allude è eretta in ente morale può essere autorizzata ad esercitare una farmacia ai sensi dello articolo 12 della legge 22 maggio 1913, n. 468.

(4040) *Disgrazie accidentali - Certificati.* — Il Dott. F. G. da B. chiede conoscere se sia obbligatorio pel medico condotto a cura piena, di riempire *gratis* gli stampati delle Società di assicurazione sulle disgrazie accidentali.

Non crediamo che al medico condotto competa tale onere. La Società che intende accertarsi della entità della ferita o l'interessato che vuol promuovere l'intervento della Società assicuratrice nell'incidente occorsogli, dovrebbero sostenere la spesa pel certificato occorrente.

(4041) *Sessennii.* — Il Dott. S. M. da U. desidera conoscere se esiste qualche decisione del Consiglio di Stato o sentenza di altro magistrato che riconosce il diritto a' sessennii ai medici condotti, tuttocchè tale diritto non sia contemplato nei singoli capitolati.

Non esiste alcuna decisione o sentenza del genere.

(4042) *Ufficiale sanitario - Presidente della Congregazione di carità.* — Il Dott. G. L. da C. chiede conoscere su quali basi giuridiche si fonda la incompatibilità dell'ufficiale sanitario a coprire la carica di Presidente della Congregazione di carità.

La giurisprudenza ha costantemente ritenuto la incompatibilità dell'ufficiale sanitario a coprire la carica di amministratore di Opere Pie perchè ha in lui riconosciuto la qualità di addetto alla amministrazione comunale e perciò colpito dal divieto di cui all'articolo 11, lettera *b*) della legge 17 luglio 1890.

(4043) *Certificati medici.* — Al Dott. R. R. da C. G. rispondiamo che il certificato relativo alla cura balneare può essere rilasciato *gratis* dal medico condotto a cura piena perchè si riferisce a malattia o a postumi della medesima per cui egli ha prestata la propria assistenza. Gli altri debbono essere rilasciati a pagament perchè non si riferiscono d'ordinario a malattia esistente in atto e per cui è in corso relativo periodo di cura. Il compenso può essere eguagliato a quello di una visita medica comune secondo le consuetudini locali. Per gli infortunii compete per il primo certificato il compenso di lire 2 a carico dell'esercente. Per i certificati intermedii il compenso di centesimi 50 e pel definitivo quello di lire 1. Tali compensi sono a carico dell'Istituto assicuratore.

(4044) *Indennità ufficiale sanitario.* — Il Dott. P. P. da C. chiede conoscere se possa pretendere compenso dal Comune per tre o cinque anni durante i quali ha rilasciati, nella qualità di ufficiale sanitario, libretti per l'ammissione di donne e fanciulli al lavoro.

Speciale compenso dal Comune non si può chiedere, perchè nè la legge nè il regolamento autorizza a farlo. La giurisprudenza ha ritenuto che tale compenso sia cumulato nelle indennità che l'ufficiale sanitario percepisce dal Comune e che se questa fosse impari al lavoro che egli sia obbligato di sostenere se ne possa chiedere aumento di ufficio dalla G. P. A. a' termini dell'articolo 26 della legge. Questo Ella può fare. Non potrebbe, però, essere in tal modo ricompensato per il servizio prestato durante i decorsi anni, per cui avrebbe dovuto provvedere in tempo opportuno.

(4045) *Ricchezza mobile.* — Al Dott. R. R. F. da P. rispondiamo che, fatte le detrazioni da lui indicate, deve pagare per R. M. la somma di lire 170.

(4047) *Assistenza in operazioni chirurgiche.* — Il Dott. E. P. da A. chiede conoscere quali pratiche deve fare per ottenere che il Comune paghi un collega che lo ha assistito in una operazione chirurgica.

Per chiedere il pagamento dal Comune avrebbe dovuto ottenere espressa autorizzazione dal medesimo per la chiamata del collega. In mancanza dovrà l'aiuto essere pagato dalla famiglia. In caso di impossidenza bonariamente si dovranno far pratiche col Comune o con qualche Opera pia locale.

(4048) *Servizio interinale - Biennio di prova.* — Il Dott. abbonato 9408 desidera conoscere se sia legale l'operato del Comune che ha fatto decorrere il biennio di prova dalla data della deliberazione di nomina, trascurando il periodo di servizio interinale precedentemente prestato e nella negativa quale mezzo egli abbia per garentire i propri diritti.

La giurisprudenza è oramai concorde nel ritenere che il servizio interinale si computa nel biennio di prova quando è seguito da regolare nomina in base a concorso. Il Comune che non ha di ciò tenuto conto nella deliberazione di nomina ha compiuto atto illegale. Non crediamo debba fare alcun atto positivo per garentire il proprio diritto. Se il Comune al termine del biennio lo licenzierà potrà sempre con buon diritto impugnare il licenziamento promovendo dinanzi l'autorità giudiziaria ordinaria, la declaratoria dello avvenuto acquisto della stabilità.

(4049) *Sessennii - Consulti - Infortunii.* — Il Dott. F. S. da M. desidera conoscere: 1° se il periodo interinale si computa nel sessennio e se l'aumento correlativo si commisura sullo stipendio goduto durante l'interinato o su quello goduto dopo la nomina; 2° se come medico condotto a cura piena abbia diritto a pagamento nei consulti e 3° se negli infortunii abbia diritto a compenso dalle Società assicuratrice per la cura che presta agli infortunati, anche se lavorino fuori Comune.

Il periodo interinale non si computa nel sessennio. L'aumento relativo si basa sullo stipendio percepito dopo la nomina regolare e non su quello percepito durante il periodo interinale.

Se il consulto è chiesto da infermo della sua giurisdizione nulla Le può competere perchè come medico curante ha l'obbligo di informare il consulente dell'andamento della malattia. Se l'infermo appartiene ad altra circoscrizione per modo che non è affidato alle ordinarie sue cure, può chiedere adeguato compenso secondo le consuetudini locali.

Per la cura degli infortunati, qualora sieno essi compresi nello elenco dei poveri, non può nulla pretendere, quando anche lavorino fuori Comune.

(4051) *Consulti - Stipendio durante il congedo.* — Il Dott. E. M. da M. chiede conoscere se il medico pei poveri abbia diritto a compenso quando egli o l'infermo chiede un consulto e se durante l'annuale mese di congedo, competa stipendio.

Quando l'infermo povero appartiene alla propria circoscrizione non compete compenso in caso di consulto, sia che questo sia chiesto dalla famiglia sia che venga suggerito dal medico curante.

Durante l'annuale mese di congedo compete l'intero stipendio.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

* ARTENA (*Roma*). — Concorso a una delle due condotte piene; L. 4000; cavalc. per le visite in campagna a carico dei richiedenti. Scad. 20 ott.

BUDOIA (*Udine*). — Condotta a cura piena; L. 4550 lorde e 3 sessenni di L. 300. Sc. 10 ott.

CAGLIARI. — Concorso per titoli e per esame al posto di aiuto alla sezione chirurgica dell'Ospedale; L. 1200. Rivolgersi alla Segreteria. Scadenza 5 ottobre.

CALASETTA (*Cagliari*). — Condotta sanitaria piena; L. 3500 compresovi compenso per a. f. Essendo vacante la condotta ostetrica per i poveri il relativo compenso di L. 400 sarà devoluto a favore del sanitario. Scad. 5 ott.

CASTAGNETO PO (*Torino*). — Condotto e U. S.; L. 2000; servizio dei poveri. Scad. 15 ottobre.

CASTEL S. PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotto per le famiglie povere; L. 1800 e L. 200 quale U. S., salvo approvazione superiore. Scad. 4 ott.

CAVARZERE (*Venezia*). — Al 10 ottobre condotta per Rottanova; L. 3000 lorde e L. 500 per mezzi di trasporto, alloggio o indennità non superiore a L. 500. Servizio entro 10 giorni.

*CHEREMULE (*Sassari*). — Condotto per la generalità; L. 3000 nette. Scad. 12 ottobre.

ERBA INCINO con CREVENNA (*Como*). — Secondo riparto *B*, abitanti 2641, stipendio 3550, tre aumenti sessennali del decimo, scadenza 15 ottobre. Condotta piena, zona eminentemente di villeggiatura.

* FIRENZUOLA (*Firenze*) — 2ª condotta; L. 3500 pei poveri, obbl. cav., 3 sessenni, mese congedo o indennità di L. 350. Scad. 3 ott.

GATTEO (*Forlì*). — Al 15 ottobre condotta pei poveri di S. Angelo; L. 3000 lorde, L. 600 per cav. e L. 150 per l'ambul. Ab. 2300 con 500 poveri.

GIUNGANO (*Salerno*). — Al 31 ottobre concorso a medico-chirurgo; L. 1500 per i poveri e L. 1000 per gli abbienti. Età non superiore ai 40 anni.

MANCIANO (*Grosseto*). — Proroga a tutto il 30 sett. della condotta per Saturnia: L. 3000 lorde e sei trienni del ventesimo, per la generalità; L. 500 per cav. e L. 80 per a. f. Servizio entro 10 giorni dalla partecip. ufficiale di nomina.

MARACALAGONIS (*Cagliari*). — Condotto per la generalità; L. 3225 lorde e 2 quinquenni del decimo. Scad. 15 ottobre.

* MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico condotto pei poveri, U. S. e medico necroscopico; L. 1500 ed alloggio. Scad. 10 ott.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Seconda condotta per Castello di Querceto e Sassa; L. 2700 e L. 750 per cavalc., lorde; non più di 40 anni, s. e. r., obbligo servizio a. f., se richiesto, verso compenso. Scad. 12 ottobre.

NAPOLI. *Istituto Ortopedico Ravaschieri*. — Due assistenti volontari fuori organico. Vedi fasc. 38. Scad. 15 ottobre.

OLEGGIO (*Novara*). — Condotta con Mezzomerico; L. 1260 per la generalità e L. 50 quale U. S. Scad. 17 ottobre. Servizio entro 15 giorni.

PERRERO (*Torino*). — Consorzio mandamentale; L. 3000 con obbl. cav. e L. 500 quale U. S. Abitanti 4709. Scad. 10 ott.

PERUGIA. *Università Libera*. — Concorso per titoli ed esami alla Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; L. 2100 lorde con 3 quinquenni del decimo; grado di straordinario. Probabile ufficio di chirurgo primario con L. 900, nomina di spettanza della locale Congregazione di carità. Rivolgersi alla presidenza della Commissione amministrativa. Scadenza 4 genn. 1914.

POCAPAGLIA (*Cuneo*). — Condotto per i poveri, U. S., necroscopo; L. 1500 e L. 350 dalla Congregazione di carità. Abit. 2485, poveri 300 circa. Scad. 15 ottobre.

POSTA (*Aquila*). — Condotta; L. 3700 per la generalità e 4 sessenni; L. 100 per a. f. e L. 200 se eletto U. S. Scad. 10 ottobre.

PRESSANA (*Novara*). — Condotta; L. 3800 lorde e L. 200 quale U. S., cura poveri, metà su 3294 abitanti; aumento di L. 1500, se approvato, cura generalità. Scad. 10 ottobre.

RADICONDOLI (*Siena*). — Medico; L. 3500 aument., lorde, L. 700 per indennità di residenza, obbligo cavalc. Abit. 1041. Non più di 35 anni, s. e. r. Scad. 30 settembre.

REGGIO EMILIA. — 1ª e 3ª condotta pei villaggi; L. 2000 ciascuna e due sessenni. Scad. ore 14 del 15 ottobre. Norme e condizinni visibili nella Segreteria comunale, sezione Sanità.

RICIGLIANO (*Salerno*). — Concorso al posto di medico-chirurgo condotto per la generalità. Stipendio L. 2600. Scadenza 25 ottobre.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica*. — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

SAN DAMIANO AL COLLE (*Pavia*). — Condotta piena; L. 3700 ed alloggio; abit. 2031; deliberazioni in corso di approvazione. Scad. 20 ottobre.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª condotta. Proroga al 15 ottobre.

SASSARI. — 2ª condotta medica della Nurra; L. 2470. Scad. 3 ott.

* SCAVOLINO (*Pesaro-Urbino*). — Medico chirurgo e U. S.; L. 4000, L. 850 per cav. e L. 150 per alloggio; generalità di 1070 ab.; residenza frazione Bascio. Scad. 7 ott.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — 2° e 3° riparto, a tutto il 4 ott., soli poveri; L. 3300 e tre quinquenni del decimo, L. 700 per cav., lorde.

STALETTI (*Catanzaro*). — Condotta pei soli poveri; lorde L. 1500, più L. 150 quale U. S.; senza obbligo cavalc. Ab. 2009, pressochè tutti agglomerati nel capoluogo. Scad. 20 ott.

TREVIGLIO (*Bergamo*). *Ospedale di Santa Maria*. — Medico primario direttore. Rivolgersi alla Presidenza del Consiglio d'amministrazione. Scadenza 15 ottobre.

*VALENTANO (*Roma*). — Per un mese dal 13 settembre concorso alla condotta; L. 4600 lorde, di cui 3200 pei poveri, 1400 per gli abb.; se U. S. L. 200.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero*. — Medico-chirurgo assistente di 1ª categoria nell'ospitale civile; L. 1400 lorde e L. 3, oltre il vitto, per ogni servizio di guardia. Servizio quadriennale ospedaliero od universitario. Età massima di 35 anni. Titoli ed esami. Servizio entro 15 giorni. Scad. ore 15 del 20 ottobre.

Giovane medico cerca interinato. Disponibile subito. Indicare durata, condizioni, servizio e stipendio, scrivendo Libretto postale riconoscimento 222,341, Ancona.

Medico pratico lungo esercizio condotta, ospedale, diploma uff. san., accetterebbe buon interinato dal 15 ottobre p. v. Scrivere dott. B. M., Scansano (Grosseto).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Nomine, promozioni e onorificenze.

BOLOGNA. — L'Accademia delle Scienze ha eletto membro straniero il prof. Gley, del Collegio di Francia.

GENOVA. — Il dott. Maccagno Mario è nominato assistente in anatomia umana.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Berger Edmondo in clinica medica; Simoni Antonio in medicina operatoria.

ROMA. — Il prof. De Sanctis Sante, straordinario di psicologia sperimentale, è promosso al grado di ordinario. (Rallegramenti).

SIENA. — Il dott. Corsini Andrea è abilitato alla libera docenza in storia della medicina.

TORINO. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Dionisio Ignazio in otoiatria; Massalongo Roberto in neuropatologia.

LIPSIA. — Il prof. Kraus ha accettato l'invito ad assumere la direzione dell'Istituto d'Igiene, quale successore di Hoffmann.

PARIGI. — Il dott. Jacques Bertillon, il reputato direttore dell'Ufficio municipale di statistica, si è ritirato.

VIENNA. — Il prof. Abderhalden ha declinato l'invito di accedere alla Facoltà medica, quale direttore dell'Istituto di chimica medica, in sostituzione del prof. Ludwig, il quale si ritira avendo raggiunta l'età limite di 71 anni. Al professore Mauthner è stato temporaneamente affidato l'incarico di questo insegnamento.

Il Senato accademico ha condotto a buon punto le trattative col prof. His per ottenere che questi accetti la direzione di una clinica medica in sostituzione del prof. von Noorden.

Pare stabilito che il prof. His opterà per Vienna e comincerà le sue lezioni nel semestre invernale.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Le feste Eustachiane

(14-16 settembre 1913).

L'onorare la memoria degli uomini illustri per eccellenza di ingegno e per tenacia di lavoro è indizio di nobile costume civile; e solenni e degne sono riuscite le onoranze quadricentenarie che San Severino ha tributato al figlio prediletto. La piccola città della Marca è gelosa e fiera della sua gloria e il di Lui spirito aleggia in un ambiente amorevole e popolare, come un buon genio tutelare: così che alle feste non ha preso parte una esigua accolta di persone, per quanto eletta (hanno aderito i migliori nomi della scienza italiana), ma tutta San Severino desiderosa di onorare un *suo* concittadino, il *suo* Eustachi.

Dopo un ricevimento nelle sale del Municipio, durante il quale si ebbe agio di ammirare il busto marmoreo di Ercole Rosa che ritrae con splendido magistero d'arte la figura vinciana del grande anatomico e la tela del Piervittori, che lo ritrae intento alle sue Tavole, vennero scoperti due bronzi. Il primo è una targa in bassorilievo donata dal Comitato milanese per le onoranze e presentato dal presidente prof. T. Della Vedova con un discorso sulla figura di Eustachi. Il secondo è la riproduzione in bronzo del busto del Rosa, dovuta alla munifica benemerenza del marchese dott. Luzj, in grazia del quale l'effigie dell'anatomico troneggia nella piazza municipale, mentre si è sottratto il marmo originale alle insidie dell'intemperie.

Al Teatro Feronia si è quindi tenuto il discorso commemorativo: con calda eloquenza, con autorevole parola il prof. Guglielmo Romiti ha tratteggiato la vita, le opere, il significato e il valore permanente, assoluto di esse rispetto alle conoscenze anatomiche e mediche.

Seguì il sen. prof. Todaro, il quale, con profondità di pensiero ed efficacia di forma, si indugiò sulle condizioni dell'anatomia prima e dopo l'Eustachi, precisando i meriti del Sanseverinate.

L'on. Vicini, sottosegretario al Ministero della Pubblica Istruzione, dichiarò allora aperto il Congresso medico.

***

Presiede il prof. Tamburini; siedono al tavolo della presidenza i professori L. M. Patrizi, Balduino Bocci, S. Baglioni, G. Gallerani.

Dopo acconcie parole del presidente, **Bilancioni** espone *l'opera anatomica dell'Eustachi* cercando di abbracciarne tutta la vasta complessità, nelle scoperte che Haller disperava di enumerare, ri-

tenendole *infinite*. Accenna alle condizioni dell'anatomia all'inizio del secolo XVI per porre in maggior rilievo il meraviglioso impulso dato dall'Eustachi a questa disciplina. Osserva come si possano trovare le caratteristiche generali dell'opera sua nel fatto di avere egli non solo trattato l'anatomia descrittiva, la morfologia pura, ma anche, in ogni argomento preso a studiare, l'anatomia comparata, l'embriologia, la fisiopatologia e l'anatomia patologica. Con tal metodo ottenne risultati che ancor oggi appaiono meravigliosi.

Il disserente conchiude ricordando, a misura che procede l'esposizione dei singoli sistemi, come le ricerche eustachiane abbiano additato molti problemi e aperto la via a numerose nuove indagini, che furono completate da Valsalva, da Morgagni, da Lancisi e da altri.

Seguono le comunicazioni scientifiche:

Baglioni prende in esame *le condizioni sanitarie presenti e future delle Marche*: dopo aver parlato dello stato orografico e climatico del paese, analizza le condizioni di salute e di malattia degli abitanti delle città e delle campagne, fermandosi specialmente all'alcoolismo e alla pellagra.

Gallerani tratta, con la nota competenza nelle questioni di fisico-chimica biologica, della *genesi del lavoro meccanico muscolare*.

Geronzi comunica sulla *destinazione fisiologica della saliva* sostenendo (poichè la saliva costituisce l'ambiente liquido normale della bocca) che può scendere nell'esofago per gravità, scorrendo lungo le pareti faringee, senza provocare alcun riflesso e la deglutizione.

Meschieri riferisce, con abbondanza di particolari epidemiologici e clinici, *sui* 575 *casi di anchilostomiasi curati in Pollenza dal* 1902 *al* 1913. Numerose osservazioni patogenetiche, cliniche e terapeutiche rendono molto interessante questa relazione.

Sacchetti presenta uno *strumento per la ricerca di corpi estranei in ferite e cavità*, che egli chiama *criptoscopio*, e riferisce su alcuni casi in cui se ne è valso con grande vantaggio (ago infisso in una mano, corpo estraneo nell'esofago, ecc.).

Cinaglia parla di un caso di *torsione intraddominale dell'omento* felicemente operato: la paziente presentava la sintomatologia di una cisti ovarica ritorta sul peduncolo.

I casi analoghi nella letteratura sono rari.

Piantoni tratta dell'*anestesia epidurale, specialmente in riguardo al parto spontaneo:* espone diffusamente tutto il dottrinale sulle iniezioni epidurali, la manualità, i vantaggi, i pericoli (specie a confronto con l'anestesia alla Bier), le indicazioni, con particolare riguardo al campo dell'ostetricia. Sulla esperienza di 17 casi personali l'O. discute l'efficacia del metodo per combattere i dolori del travaglio, tenendo presenti i dati della fisiopatologia del periodo espulsivo e dilatante.

Chiude questa prima parte del Congresso una dotta conferenza del **Gallerani** sulla *costituzione della materia* secondo le recenti ricerche. Passa in rassegna i vantaggi dell'elettroscopio nella esplorazione dell'atomo, i nuovi corpi e le nuove radiazioni, accenna agli elettroni, ai concetti di carica elettrica e di massa, alle esperienze di Righi, di Rutherford, di Dewar, di Millihan...

Nella seduta successiva si espletano le comunicazioni:

Mancioli intrattiene sul tema *pedagogia e udito*. **Geronzi** presenta una *agocannula per gli ascessi peritonsillari*, nella quale si può innestare un coltellino che ricorda quello per l'uretra dell'apparecchio di Maisonneuve; **Gallerani** dimostra *l'influenza respiratoria del nervo di Cyon* col sussidio di numerosi tracciati; **Bilancioni** ha un *contributo allo studio della fisiologia della tuba eustachiana* mediante il metodo grafico e quello delle fiamme oscillanti.

Le ultime riunioni furono dedicate alla discussione degli interessi professionali.

***

Le onoranze riuscirono dunque, come si è detto, veramente degne dell'uomo che si voleva rievocare; e, per la cordiale e squisita ospitalità offerta agli intervenuti specialmente dai colleghi della città, lasceranno un ricordo gratissimo in tutti i partecipanti.

E con ciò io avrei adempiuto al còmpito affidatomi dalla Redazione del *Policlinico*, se non credessi opera di equanime giustizia distributiva fare il nome dei dimenticati, degli assenti, di quelli che — quando ancora nessuno pensava a queste onoranze svolte alla luce del sole e nel tripudio delle musiche — dedicavano tempo e fatica a riesumare e a studiare sui testi e sui manoscritti polverosi degli archivi la figura nobilissima del grande anatomico. Anche questi studiosi hanno diritto alla nostra riconoscenza, perchè ad essi risale in gran parte il merito della riuscita di queste onoranze. Aleandri, Maggioli, Tagliamuro, Kazzander, Crivelli, Anile... hanno contribuito a formare quell'ambito di conoscenze che costituiscono come l'atmosfera ideale di una figura storica... *Le moi est haïssable* veramente; ma bisogna pure che accenni alla serie dei miei lavori (1) sull'argomento, i primi che abbiano tentato di mostrare, nella sua complessa interezza e con documenti copiosi, la vasta opera eustachiana, seguendone lo svolgimento e gli aspetti

nella meravigliosa fioritura scientifica del rinascimento italico.

Unicuique suum.

GUGLIELMO BILANCIONI.

(1) Dopo aver letto il mio primo lavoro su Eustachi, Adam Politzer mi indirizzava questa lettera:

« *Stimatissimo collega,*

Vienna, 24 dicembre 1910.

Negli Atti inviatimi dal signor prof. Ferreri ho letto il Suo pregevolissimo lavoro su Eustachio con vero interessamento, sopratutto per le di Lei profonde cognizioni storiche. Vi ho trovato parecchie cose nuove, che mi erano sfuggite nella mia opera. Il suo lavoro mostra con quanta diligenza e con quanto interesse Lei si sia occupato dell'argomento.

Se mi sarà dato di vedere una seconda edizione della mia *Storia dell'Otologia* approfitterò del suo lavoro.

Con distinti saluti mi segno di Lei dev.mo

A. POLITZER ».

VIII Congresso della Società Italiana di pediatria.

(Bologna, 21-26 settembre).

Questo Congresso è stato inaugurato la mattina del 21 c. m. nella grande sala dell'Archiginnasio in Bologna, in modo veramente solenne, sia per la moltitudine degli intervenuti, sia per le molteplici cure che ne ebbe il Comitato ordinatore.

Erano presenti tutti i professori ufficiali delle RR. Università coi relativi assistenti, tutti i liberi docenti e grande numero di medici non specialisti. Le autorità cittadine erano al completo. I servizi inappuntabili.

Parlarono prima il sindaco di Bologna e il viceprefetto.

Poi seguì il prof. Berti, presidente del Comitato, primario degli ospedali, incaricato dell'insegnamento ufficiale di pediatria all'Università. Il suo fu veramente il discorso inaugurale, interessantissimo tutto, e pel quale occorrerebbero più pagine del *Policlinico*. Venne più volte sinceramente applaudito.

Nel pomeriggio i congressisti si adunarono per ascoltare il prof. G. A. Petrone di Napoli, al quale era stato dato dal Consiglio direttivo della Società l'incarico di commemorare l'ultimo compianto presidente della Associazione, Francesco Fede, l'eminente pediatra di Napoli. Il discorso riuscì nobilissimo e fu accolto dalle più vive congratulazioni da parte di tutti i presenti.

I lavori del Congresso si iniziarono il 22 e si protrarranno a tutto il 26. Vi sono intercalate due piacevoli escursioni: una a Ravenna-Rimini allo scopo principale di presentare ai congressisti gli Ospizi marini vecchi e nuovi, che sorgono in quel tratto di spiaggia; l'altra a Modena per visitarvi il recente Ospedale infantile, nonchè a Salsomaggiore.

La nota importante del Congresso, per ciò che si riferisce alle cerimonie, è stata la inaugurazione dell'Ospedale Gozzadini e della Clinica pediatrica, l'uno e l'altra sorti per opera della beneficenza, ma specialmente in seguito al munifico lascito della contessa Gozzadini. Fanno parte dell'Amministrazione degli ospedali di Bologna, e sono stati costruiti seguendo i più saggi concetti informatori dei moderni ospedali pediatrici. Per tal modo Bologna può alfine gareggiare colle migliori sedi pediatriche estere.

Nel prossimo numero daremo un breve resoconto delle comunicazioni scientifiche svolte nel Congresso.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

NOTIZIE DIVERSE

VI Congresso dell'Associazione nazionale dei medici ospedalieri.

Come già venne precedentemente pubblicato, il VI Congresso della detta Associazione si adunerà in Torino nei giorni 3, 4 e 5 del p. v. mese di ottobre, nella sala dell' Accademia di medicina (via Po, 16) gentilmente concessa.

Riportiamo il programma della riunione:

Venerdì 3 ottobre — Ore 9,30. Inaugurazione. — Ore 11. Elezione dell'ufficio di presidenza. Resoconto morale e finanziario dell'associazione: relatore la Presidenza Generale, Roma — Ore 14. Sullo stato economico e sulla carriera dei medici ospedalieri: relatore dott. Alberto Percival, Torino — Quali i titoli nella carriera ospedaliera? Quali i giudici?: relatore prof. Carlo Vignolo Lutati, Torino.

Sabato 4 ottobre — Ore 10. Sulla convenienza che in ciascun ospedale un membro del personale sanitario assista alle riunioni del Consiglio amministrativo con diritto di discussione e di voto consultivo: relatore prof. Giuseppe Fantino, Torino — Organizzazione nazionale, regionale, provinciale dei medici ospedalieri — Manifestazioni nazionali e scientifiche dell' Associazione. (Conquiste varie, stabilità, pensione, stipendi). — Personalità giuridica dei medici ospedalieri ecc. Partecipazione all' ordinamento tecnico edilizio, e di assistenza degli ospedali. — Controllo scientifico e pratico sul malato delle ricerche dottrinali e sperimentali di laboratorio. — Insegnamento ospedaliero a base prevalentemente pratico); relatori dottori Enrico Arienti e Giuseppe Forlanini, Milano — Ore 15. Assicurazione dei medici ospedalieri contro gli infortuni incontrati in servizio: relatore dott. Francesco Pezza, Mortara. Sulla necessità di scuole per infermieri professionisti: relatore dott. Alfredo Pozzi, Torino. — Dovere dello Stato per l'istruzione del personale di assistenza diretta del malato: relatori dottori Enrico Arienti, Giuseppe Forlanini, Milano.

Domenica 5 ottobre — Ore 10. I primi mesi di funzionamento della Sezione Regionale Lombarda: relatore dott. Giuseppe Forlanini, Milano. — Ospedalizzazione dei malati di chirurgia ed ospedali di provincia: relatore dott. Teresio Sartirana, Chivasso.

Alle ore 17 del giorno 3 ottobre i congressisti sono invitati al ricevimento loro offerto dal Municipio nel Palazzo Comunale.

Il Municipio concede inoltre ai congressisti l'accesso gratuito ai musei civici, artistici e del Risorgimento ed al Castello medioevale.

La Commissione si riserva di notificare giorno per giorno le riunioni per visite ad ospedali e ad altre istituzioni sanitarie della città.

Le ferrovie dello Stato concederanno le consuete riduzioni e facilitazioni di viaggio.

I medici ospedalieri, che desiderano partecipare al Congresso, sono pregati inviare al più presto la quota di lire 5 (lire 10 per i soci della sezione Torinese) al segretario generale dott. Ezio San Pietro, via dei Mille 16, Torino. Quale ricevuta della quota verrà loro inviata la tessera personale di congressista ed il modulo per fruire della riduzione nel prezzo del biglietto ferroviario.

Il primo Congresso dei medici scolastici italiani

avrà luogo in Milano l'8 ottobre p. v. nella sala delle conferenze dell'ufficio municipale d'igiene (via Palermo, 6).

I lavori occuperanno una seduta antimeridiana e una pomeridiana del giorno 8 e, se occorrrerà, una serale.

Il giorno 9 sarà dedicato a visite interessanti e ad escursioni che i colleghi di Milano stanno organizzando.

Sono invitati al Congresso tutti coloro ai quali sta a cuore l'igiene della scuola. Oltre i medici scolastici, i quali saranno al completo, parteciperanno al Congresso e medici e maestri e autorità politiche e amministrative in modo che questa riunione sarà il primo passo verso un movimento vigoroso e sopratutto fecondo di risultati.

Inviare l'adesione al dott. Mario Ragazzi, via Balbi 15-6, Genova, accompagnandola con cartolina-vaglia di lire 5, la quale darà diritto alle facilitazioni ferroviarie, alla partecipazione alle discussioni, alle visite e gite collettive e agli atti del Congresso.

Il VII Congresso della Società italiana delle scienze

è stato inaugurato a Siena il 22 corr., nel Palazzo civile, dal Ministro della P. I. on. Credaro, il quale ha pronunziato un denso discorso sull'importanza sociale della scienza e sulla riforma dell'insegnamento superiore.

Il XIV Congresso internazionale antialcoolista

è stato inaugurato a Milano il 22 corr. nel Castello Sforzesco.

Erano presenti i rappresentanti ufficiali di 25 nazioni.

I congressisti stranieri raggiungevano il numero di 350.

Parlarono il sen. De Cristoforis, il sottosegretario di Stato on. Falcioni ed altri; il prof. Marchiafava tenne il suo discorso inaugurale sulla patologia dell'alcool.

L'VIII Congresso italiano di pediatria

venne inaugurato il 21 corrente a Bologna nell'aula di lettura dell'archiginnasio.

Ce ne occupiamo in altra parte del giornale.

Associazione internazionale di ortopedia.

E' stata fondata in seno alla sezione ortopedica del XVII Congresso internazionale di Medicina, per iniziativa del dott. N. R. Lovett.

A costituire il Comitato organizzatore sono stati chiamati il presidente della sezione Robert Jones e un rappresentante di ogni nazionalità.

Nell'Associazione internazionale della stampa medica.

Alla presidenza dell'Associazione è stato eletto il dott. L. Dejace, valente e attivo redattore-capo di « Le Scalpel et Liége Médical ».

Modesto medico di campagna, Dejace si fece presto notare per la sua copiosa e importante casistica chirurgica comunicata all'Accademia di medicina di Parigi. È a questo titolo che venne nominato membro fondatore dell' « Associazione francese di chirurgia ».

Collaboratore di « Le Scalpel » sin dal 1878, ne divenne il redattore capo nel 1893, pure continuando ad esercitare in un piccolo paese del Belgio, Tlémalle-Grande.

Scrittore brillante ed efficace, riesce agevolmente a convincere ed a far trionfare le sue idee.

È un campione della deontologia professionale.

Ha condotto una poderosa campagna per il miglioramento delle condizioni economiche dei medici belgi.

Succede nella presidenza dell'Associazione ad un altro chirurgo, il venerando prof. Lucas-Championnière.

Corsi di perfezionamento.

La Associazione dei Liberi Docenti della facoltà medica di Genova ha organizzato una serie di corsi pratici di perfezionamento per medici: i vari docenti sviluppano un argomento ben delimitato, prevalentemente d'indole tecnica, con dimostrazioni pratiche ed esercitazioni. I corsi hanno un numero d'iscritti limitato. Iscrizione lire 10 al cassiere prof. A. Rizzo, casella postale 884.

Riportiamo i titoli dei vari corsi:

A. Barlocco. Diagnosi e terapia alimentare delle varie forme di nefrite. — E. Besio. I traumatismi oculari. — A. Cambiaso. La dottina e la tecnica del pneumotorace. — M. A. Capurro. Applicazioni pratiche di chirurgia. — V. De Cigna. Le suppurazioni dell'orecchio. — F. Figari e A Sivori. Immunità; siero e opoterapia. — C P. Goggia. Concetti nuovi di patologia e clinica della tubercolosi. — D. Maragliano. Tecnica di bendaggi gessati ed apparecchi ortopedici. — V. Maragliano. Radiologia nella medicina interna. — A. Morselli. Psichiatria e neuropatologia. — L. A. Oliva. Terapia ostetrica di urgenza. — R. Pardo. Ciò che il medico non dovrebbe ignorare sulle malattie oculari. — C. Poli. Semeiotica generale otorinolaringoiatrica: tracheoscopia, broncoscopia ed esofagoscopia. — V. Porcile. Moderni mezzi d'indagine nello studio delle malattie delle vie urinarie. — A. Risso. Sifilografia e dermopatie. — S. Rolando. Tecnica della cistoscopia e delle operazioni ci-

stoscopiche. — G. Romanelli. La diagnosi precoce della tubercolosi polmonare nel periodo di germogliazione e trattamento curativo di essa (dimostrazioni cliniche). — A. Rossi. Moderni concetti sulla diagnostica e terapia delle cardiopatie. — C. Rota. La responsabilità professionale. A. Sapelli. Clinica ostetrica e ginecologica — M. Segale. Nozioni fondamentali su di alcune malattie tropicali — F. Sprecher. Pratica di dermatologia e di sifilografia. — E. Tedeschi. Patologia e clinica delle malattie professionali. — L. Tomellini. Polizia giudiziaria.

La vaccinazione antitifica nella marina italiana.

Dagli « Annali di Medicina Navale » si rilevano i tentativi di vaccinazione antitifica compiuti nella marina da guerra italiana. Si è adottato il vaccino polivalente Sclavo, costituito da autolisati di stipiti di diversa provenienza; esso non determina fenomeni reattivi locali o generali. Era già stato sperimentato da Sclavo su se stesso e sul suo assistente nel 1904 e adoperato nello stesso anno a scopo profilattico a Certaldo e Poggiboni.

La vaccinazione antitifica venne praticata nel personale della base navale di Tobruk e nella R. Accademia Navale di Livorno

Nei vaccinati non fu mai notato alcunchè potesse ricordare la fase negativa. Un marinaio inoculato con vaccino Sclavo, la sera stessa dell'iniezione ammalava di tifo con febbre a 40°, ma il decorso fu favorevole.

Sulle R. navi Flavio Gioia e Etna, mentre si trovavano sul teatro della guerra libica, era scoppiata fra gli allievi della R. Accademia Navale una piccola epidemia di tifo, per la quale 27 furono i colpiti, con 2 morti.

Si credette opportuno di procedere alla vaccinazione degli allievi di ritorno all'Accademia pel nuovo anno scolastico, lasciando in facoltà delle famiglie l'accettare o meno tale provvedimento profilattico. Sopra 178 famiglie interpellate 103 diedero risposta affermativa.

Negli individui vaccinati scarsi o nulli furono i fenomeni reattivi.

È ancor troppo presto per raccogliere i dati sull'efficacia di tale procedimento profilattico.

Il servizio sanitario sui piroscafi di emigrazione.

Il regio commissario dell'emigrazione, a causa delle aumentate attribuzioni dei medici militari che imbarcano con funzioni di regi commissari sui piroscafi in servizio di emigrazione e delle cresciute esigenze dell'igiene di bordo, valendosi della facoltà conferitagli dall'articolo 124 del regolamento sull'emigrazione, d'accordo col Ministero dell'interno, ha emessa una ordinanza in data 18 corrente mese con la quale si stabilisce che su ogni piroscafo in servizio di emigrazione deve sempre essere imbarcato almeno un medico civile alla dipendenza del regio commissario qualunque sia il numero degli emigranti e quando questo non superi i settecento.

L'ordinanza andrà in vigore il 15 ottobre p. v.

La Cassa Nazionale di Maternità.

Nel semestre 6 aprile 30 settembre 1912 si erano iscritte alla Cassa Nazionale di Maternità 429,121 operaie, e nel semestre 1° ottobre 1912-30 marzo 1913, 422,087. Le quote di contributo versate alla Cassa fino al 31 marzo 1913 ammontavano a lire 677,192.

La Cassa ha cominciato a concedere i sussidi di parto e di aborto col 1° ottobre 1912.

Nei due trimestri ottobre-dicembre 1912 e gennaio marzo 1913 sono stati concessi 10,640 sussidi di parto e 346 di aborto per un totale complessivo di 439,440 lire.

I medici condotti del comune di Roma.

Nell'anfiteatro dell'Ospedale di S. Giacomo si è riunita la sezione romana dei medici condotti, ed ha approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« Udite le comunicazioni della presidenza a proposito delle dichiarazioni fatte dagli on. assessori Ballori e Bongarzoni agli interroganti consiglieri Bonomi e Bidolli, la Sezione romana delibera di ricorrere all'autorità tutoria per la difesa dei diritti dei propri soci e nell' interesse del servizio ».

Propaganda igienica.

La campagna igienica della sezione pavese dell'A. N. M. C. durante l'anno scolastico 1912-13 si svolse sopra vasto programma comprendente otto conferenze (1. Igiene generale. — 2. Igiene individuale. — 3. Igiene della nutrizione. — 4. 5-6. Igiene nelle malattie. — 7. Igiene del lavoro. — 8. Igiene delle bevande. — 9. Malattie e lesioni accidentali. — 10. Dei mezzi di soccorso utilissimi in primo momento). Le conferenze furono illustrate da proiezioni a mezzo di apparecchio di proprietà della sezione. Questa studia ora la proposta di tenere un ciclo di conferenze igieniche agli insegnanti del circondario, di che l'affida l'appoggio incondizionato del regio ispettore scolastico e del Prefetto.

La Deputazione provinciale, seguendo l'ottima disposizione degli anni scorsi, ha fissato la somma di lire 500 a favore della propaganda igienica rurale a mezzo delle tre sezioni circondariali dei M. C. della provincia, premiando specialmente quelle sezioni che, della somma elargita, usufruiranno per l'acquisto di apparecchi e mezzi di proiezione.

Il comitato di propaganda della provincia di Forlì dell'A. N. M. C. ha diramato questa circolare:

« L'odierno orientamento delle discipline biologiche tende a trasformare l'assistenza sanitaria dal sistema della medicina curativa e domiciliare a quello della medicina preventiva e ospitaliera.

La nostra Associazione, per merito de' suoi attivi dirigenti, si è posta alla testa di questo movimento con un programma igienico, sanitario e sociale di un valore incommensurabile. (V. M. C. 1913, n. 14).

La parte precipua dell'azione che la nostra Associazione intende spiegare è costituita dalla propaganda igienica da esplicarsi efficacemente dai singoli soci.

In conseguenza, allo scopo di preparare un programma preciso e fattivo, e di prendere accordi con le autorità, interessate al nostro lavoro di propaganda, vi mandiamo l' unito questionario che vorrete rimandarci non più tardi del 10 settembre p. v.

Per il Comitato di propaganda igienica
Massimo Chiadini ».

(Alla circolare è annesso un questionario).

Per incarico della sezione Tosco Romagnola il prof. Pellegrini ha iniziato un ciclo di conferenze d'igiene e medicina che svolgerà nei Comuni della sezione. Alcuni medici della sezione si sono iscritti per impartire lezioni d'igiene nelle scuole elementari.

Nelle sezioni di Pavia, di Brescia e di Monza dell'A. N. M. C. si sono costituiti dei Comitati per la propaganda dell'igiene.

Il dott. Maggi tenne in Roma alla « Pro miglioramento del quartiere di S. Paolo » la sua seconda conferenza su « La malaria », illustrandola con tavole a colori.

A Ferrara il dott. Francesco Orta ha tenuto nei locali della Croce Verde un breve corso sulla « malaria e sua profilassi ».

Il dott. Nisticò Giovanni ha iniziato a Cardinale (Catanzaro) una serie di sette conferenze popolari su argomenti vari d'igiene.

Onoranze a colleghi.

La popolazione di Casalborgone ha voluto tributare speciali onoranze al suo medico cav. dott. Ortalda.

Al banchetto offerto al neo cavaliere convennero circa trecento persone; vi erano rappresentati tutti i ceti; v'intervennero il rappresentante politico del collegio, le autorità e numerosi colleghi.

La popolazione di Verres ha reso un solenne attestato di stima, di riconoscenza e di affetto al dott. G. Barrel, che dal 1882 presta l'opera sua preziosa in quel comune. L'Amministrazione comunale volle offrirgli un sontuoso banchetto ed una splendida medaglia d'oro.

Al dott. G. Capra, che da 35 anni è medico di Cellio (Novara), ove si è acquisiato larghe simpatie, e che di recente è stato insignito della croce di cavaliere, amici e colleghi hanno offerto un cordiale banchetto.

Legati a ospedali.

Lo scultore Michele Tripisciano, morto in questi giorni nella sua Caltanissetta, ha lasciato dieci mila lire all'ospedale della città, per una sezione di oculistica.

Per l'acquisto di sostanze radioattive.

Il Municipio di Berlino aveva assegnato 20,000 marchi (25,000 franchi) per l'affitto di mesothorium; ma siccome gli ospedali cittadini non sono riusciti ad ottenere il mesothorium in affitto nella quantità richiesta, il Municipio ha ora stanziato altri 222,000 marchi (circa 280,000 franchi) per l'acquisto di radium. Questa somma consentirà l'acquisto di circa mezzo grammo del costosissimo metallo.

La città di Dresda acquisterà per 200,000 marchi di radium, e la città di Magdeburgo per 150,000 di mesothorium. (*Berl. kl. W.*, 14 sett. '13).

Cronaca epidemiologica.

Il colera assume proporzioni allarmanti nei Balcani, dove è favorito dalla smobilizzazione. I corrispondenti di guerra sono concordi nell'ammettere che la diffusione dell'epidemia venga favorita dalla straordinaria abbondanza delle mosche: questa è una convinzione comune nei paesi colpiti. Ne mancano però le prove scientifiche.

Il colera si è manifestato anche nell'Austria-Ungheria (Croazia, Ungheria, Vienna), e nella Russia (Kerson, Ekaterinoslaw, Kiev, ecc.).

Con ordinanze di sanità marittima le provenienze da Kavala (Grecia) e da Sulina e Galatz (Rumania) sono state sottoposte alle disposizioni contro il colera contenute nell'ordinanza di sanità marittima n. 10 del 1° settembre 1907.

L'Istituto Pasteur per una festa scientifica internazionale.

Con il 14 novembre 1913 saranno passati venticinque anni dalla fondazione dell'Istituto Pasteur di Parigi.

I senatori L. Ribot, R. Bourgeois, ed altri hanno presentato al Senato francese un disegno di legge per le feste giubilari dell'istituto.

I premi dell'Accademia delle Scienze di Parigi.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha conferito i due premi Montijon di 2500 franchi ciascuno, destinandoli alla signora Lina Negri Luzani per gli studi compiuti insieme al compianto marito prof. Adelchi sui « corpi di Negri » e al dott. L. Ambard per la sua memoria sulla secrezione renale; ha ripartito il premio Barbier di 2000 franchi, assegnandone metà ai dottori Jules e André Boeckel per la loro opera « Fratture della spina cervicale, senza sintomi midollari » e metà ai proff. de Beurmann e Gougerot per il loro volume sulle sporotricosi; ha assegnato il premio Argut di 1200 franchi, inteso a ricompensare chi scopre una cura medica efficace per una malattia trattata prima solo chirurgicamente, ai dott. Robert Crémieu e Clausius Regaud, per i loro lavori concernenti la roentgenterapia del timo; infine, sui redditi del premio Bréant, di 100 000 franchi, destinato a ricompensare la cura del colera asiatico, ha prelevato tre assegni di 2000 franchi ciascuno, e ne ha conferito uno al prof. C. Levaditi per le sue ricerche sulla poliomielite acuta e sul pemfigo acuto; uno ai proff. Netter e Debré per la loro opera sulla meningite cerebrospinale; uno al prof. V. Babes pel suo trattato sulla rabbia.

La crisi della medicina militare in Germania.

La mancanza di medici militari si fa vivamente sentire nell'armata tedesca. L'amministrazione della guerra si è vista obbligata a prendere diverse misure onde ovviarvi. Per cominciare, ha elevato da 250 a 500 marchi le somme accordate agli studenti che si avviano alla medicina militare ed ha deciso che d'ora innanzi gli anni trascorsi come studenti siano calcolati agli effetti della pensione. L'autorità militare conta inoltre di domandare al Parlamento un importante aumento del numero degli ufficiali medici superiori.

Gli studi sul cancro in Inghilterra.

Il Comitato direttivo del « Fondo imperiale per le ricerche scientifiche sul cancro » ha tenuto a Londra la sua adunanza annua sotto la presidenza di Bashford.

La relazione sui lavori della istituzione compiuti durante gli ultimi dodici mesi è stata presentata da sir William Church.

Fa una statistica dei casi di cancro nella popolazione del Regno Unito e nelle Colonie. È stato continuato lo studio sullo sviluppo del cancro in rapporto alle razze non civili. E' stata fatta un'inchiesta su certi distretti e regioni che sembravano in particolar modo propizi alla diffusione del cancro. E' stato affrontato sperimentalmente lo studio della ereditarietà del cancro: su 800 femmine di topi (più soggette dei maschi al cancro spontaneo) si è avuto l'11.69 % di casi in quelle di parentela remota non cancrosa, e il 20.58 % tra quelle che discendevano da altre femmine cancerose (per un grado di due o tre generazioni).

Le frodi sugli infortuni industriali in Francia.

Il Comitato parlamentare francese per le assicurazioni e la tutela sociale ha deciso di aggiungere, al progetto di legge attualmente in discussione, una clausola che commina una multa di 100 a 500 franchi e la prigione da tre giorni a tre mesi a chiunque tenti di limitare la libertà degli infortunati nella scelta del medico e del farmacista, con promesse di onorari ridotti, di indennità elevate o con altri mezzi.

L'inchiesta governativa sulle specialità terapeutiche in Inghilterra

è stata ultimata. Viene ora redatta la relazione la quale prenderà in esame l'opportunità di unificare la sorveglianza governativa sul commercio delle specialità terapeutiche; d'interdire la vendita delle specialità per la cura delle malattie più gravi, come il cancro e la tubercolosi, e per certe affezioni femminili; d'imporre la dichiarazione dettagliata del contenuto.

Un Ufficio sanitario internazionale a Gerusalemme.

È stato fondato dalla « Società Tedesca per combattere la malaria a Gerusalemme » (Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Malaria in Jerusalem), dall'ufficio sanitario israelita (Nathan, Straus foundation) e dall'Associazione dei medici e naturalisti israeliti per gl'interessi sanitarî (Gesellschaft jüdischer Aerzte und Naturwissenschaftler für sanitäre Interessen).

Le sezioni dell'ufficio sono così destinate: malaria, igiene generale, istituto serologico, istituto antirabico Pasteur, istituto batteriologico e per lo studio della tubercolosi.

Il prof. Mühlens è stato assunto alla direzione del nuovo ufficio.

Dati demografici sul Belgio.

Durante il 1912 la popolazione del Belgio è aumentata di 80,976 abitanti, mentre nel 1911 era diminuita di 26,316.

Il poderoso incremento è dovuto al prolungarsi della vita media, mentre il numero delle nascite è in costante diminuzione.

Per le colonie africane.

Uno dei più noti mercanti grossisti della Germania, Woermann di Amburgo, il cui padre ebbe molta parte nel fondare la prima colonia della Germania in Africa, ha stanziato un premio di 7500 franchi per lo studio della questione: « con quali mezzi pratici può assicurarsi un aumento della natalità e una riduzione della mortalità infantile tra le popolazioni indigene colorate? ». Lo studio dovrà trattare il lato medico, prendere in considerazione i fattori economici, etnografici e religiosi e contenere suggerimenti pratici e concreti.

I lavori, scritti in tedesco, dovranno pervenire alla Facoltà dell'Istituto coloniale di Amburgo non oltre il 31 dicembre 1914.

Le assicurazioni contro le malattie e gli infortuni in Russia.

Una legge per l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni è stata approvata dallo czar nel giugno scorso.

Non ne è stato determinato il giorno dell'andata in vigore, ma comincia ad essere applicata parzialmente a Pietroburgo.

L'assicurazione si estende a tutti gli operai, meno gli avventizi. Viene affidata ad una Cassa dei malati, la quale è divisa in sezioni gestite da assemblee generali composte di delegati eletti dagli operai e dagli industriali.

L'assistenza medica comprende la prima assistenza in casi di malattia improvvisa, d'infortuni, di parto, l'assistenza ospidaliera, i medicinali, i presidî per le medicature, ecc. Ai malati viene assegnato un sussidio della durata massima di 26 a 30 settimane, nella misura di un quarto a due terzi della paga giornaliera. Per la gestazione e il puerperio viene assegnato un sussidio che va dalla metà all'intera paga giornaliera e dura da due settimane prima del parto a quella dopo; nel frattempo la donna deve astenersi dal lavorare. Infine, in caso di morte, si provvede alle spese pei funerali.

Gli operai concorrono al fondo di assicurazione con una quota dell'1 al 3 % dei salari, che viene prelevata dai proprietari.

Questi vi concorrono con due terzi della quota degli operai.

L'assicurazione contro gl'infortuni grava per intero sui proprietari; il fondo viene amministrato da corporazioni di padroni; comprende le pensioni agli infortunati e alle loro famiglie.

Il Governo non concorre nelle spese. Si riserva la sorveglianza sull'applicazione della legge.

La diminuzione delle nascite.

Un argomento discusso al Congresso internazionale di statistica, tenutosi a Vienna, riguarda la diminuzione della natalità.

Essa risulta del: 19.6 per mille in Francia, 13 in Inghilterra, 10 in Germania, 9 nel Belgio, 8 in Ungheria, 6 in Austria e 5 in Italia.

Ciò mostra che la diminuzione delle nascite non è un fenomeno isolato ma esteso a tutta l'Europa.

La statistica dei suicidi in Francia.

Il suicidio infierisce violentemente in Francia, e fa ogni giorno progressi come risulta dalle cifre seguenti. Nel 1919 si uccisero 7476 uomini e 2343 donne: complessivamente 9819 persone. Dal 1901 al 1910, ben 100,000 persone si sono suicidate. Mentre nel 1840, su 100,000 abitanti la Francia annoverava 9 suicidi, adesso ne an-

novera 25. In alcuni dipartimenti della Francia tale proporzione è anche di gran lunga sorpassata, arrivando fino a 51; mentre da noi essa, in Liguria, dove è la più alta, è di 15. (*Avv. San.*).

Come si può diventare titolato e professore.

Un annunzio sul « Badener Tagblatt » del 17 agosto 1913 prometteva un ordine cavalleresco od un titolo a persone di fama illibata che ne facessero richiesta.

Un redattore della « Münchener Med. Wochenschrift », dott. G. Vorbeg, volle sincerarsi della cosa. Egli scrisse all'indirizzo indicato, in Berlino, e ne ebbe in riscontro una lettera di un avvocato il quale prometteva il titolo di « consigliere aulico » nel principato di Sassonia-Coburgo-Gotha o in quello di Lippe, dietro compenso di 30,000 marchi e la qualifica di « professore » all'Università di Bruxelles od all'Accademia internazionale di scienze di Tolosa dietro compenso di 3000 marchi. Le nomine sarebbero state conferite entro due o tre mesi dal contratto, da stipularsi presso un notaio, che avrebbe ricevuto in deposito la somma pattuita.

La risposta è stata pubblicata nella « Münchener » del 2 settembre 1913.

Ecco un'agenzia di Berlino emula della famigerata Accademia fisico-chimica di Palermo, sulla quale hanno fatto tanto scalpore i giornali medici stranieri e della quale avemmo anche noi ad occuparci. R. B.

Grave errore in un ospedale

I giornali quotidiani narrano che in un ospedale di Napoli era stato portato l'avvocato Andrea Landolfi, in preda a grave delirio perchè avvelenatosi con quattro grammi di cocaina. Il sanitario di guardia credette trattarsi di delirium tremens. Egli ordinò l'applicazione della camicia di forza e delle manette e fece tradurre il paziente in questura per deficienza di posti nel nosocomio. Nell'atrio della questura l'infelice spirava.

Falso ufficiale medico.

È stato arrestato, mentre vestito da pecoraio si era nascosto sotto un cespuglio in una masseria, certo Consolato Salto di Reggio Calabria, che a San Severo, vestito di una fiammante uniforme, si era spacciato per tenente medico, professore e poliglotta.

Medici nuotatori.

I dottori in medicina Nino Baila e Staurenghi Antonio, milanesi, in villeggiatura a Maccagno sul Lago Maggiore, dalla riva di Maccagno si tuffarono in acqua riuscendo a nuoto ad arrivare sulla sponda piemontese distante due chilometri e mezzo circa. Li seguivano colle loro barche i signori Ambrosetti Francesco e Pizzali Giovanni, cronometrando l'ardita traversata che venne dai due nuotatori effettuata in poco più di 50 minuti e senza il minimo incidente.

(*L'Avv. San.*).

Medico impazzito che sgozza un cliente.

Il « Daily Telegraph » narra che il dott. Dalnay, di Marietta (Ohio, Stati Uniti), valente otorino-laringoiatra, negli ultimi tempi sottoponeva i clienti a gravi interventi operativi senza che ve ne fosse alcuna indicazione. Il 13 corrente questa operomania dette luogo ad un fatto atroce: di fronte ad un paziente anestetizzato, il dottore brandiva il bistori come un coltello; minacciava i due medici assistenti e gl'infermieri, costringendoli a fuggire; poi asportava al paziente la parte inferiore del volto e gli praticava delle incisioni terribili alla gola. Tornati i medici e gl'infermieri, essi riuscirono a ridurre all'impotenza il demente, mentre il malato moriva malgrado le cure apprestategli.

Vittime dei raggi X.

È morto a New York il roentgenologo dott. E. B. Baker, in conseguenza di lesioni contratte nello studio e nell'applicazione dei raggi X.

A quanto sappiamo, i medici uccisi dal potente ma pericoloso rimedio sono otto. Quasi tutti hanno dovuto soffrire sofferenze atroci.

Una delle prime vittime fu Dally, assistente di Tommaso Edison. Negli Stati Uniti morirono poi il dott. Mihran K. Kassabian, residente a Filadelfia ma nativo dell'Asia Minore, e il dott. Louis Weigel di New York. A Parigi si dovette deplorare la morte, alcuni anni or sono, del dott. Radiquet. Nell'Inghilterra sono state registrate le perdite del dott. Blacker, al St. Thomas Hospital, del dott. Ernest H. Wilson, al London Hospital, e di H. W. Cox, fabbricante e inventore di strumenti roentgenologici.

Inoltre vive ancora a Birmingham, ma ha i giorni contati, il dott. John Hall-Edwards, al quale si sono già dovuti amputare il braccio sinistro e la mano destra. Dal sovrano d'Inghilterra gli è stata assegnata una pensione d'onore di 3000 franchi all'anno. La sua apparizione al Congresso internazionale di radioterapia tenutosi a Berlino destò la più profonda impressione.

Il Ministro **T. Calissano**, fulmineamente scomparso, merita il rimpianto dei medici. Non tanto perchè ai tempi del colera corse **là** dove maggiore era il bisogno del sostegno morale e dell'organizzazione dei soccorsi, ma perchè sentì e affermò solennemente l'importanza di dare al nostro paese una « coscienza igienica ».

Chi lo ha avvicinato negli ultimi tempi ha potuto ammirare quanto egli fosse penetrato dall'idea che la redenzione igienica dell'Italia deve costituire tutto un programma di Governo.

Terribilmente assillato dai problemi e dalle cure amministrative per le poste e telegrafi, dedicava con soddisfazione, con entusiasmo, l'opera sua fatta di fiduciosa baldanza e di sagacia politica in pro' della Lega nazionale contro la tubercolosi.

Sotto la sua alacre direzione in pochi mesi è stata preparata un'armonia di forze, una salda coesione di volontà, un programma di lavoro che sortirà immancabili benefici per il nostro paese.

Mentre deponiamo il fiore della riconoscenza sulla sua tomba, togliamo dal suo esempio incitatore l'energia e la fede per redimere igienicamente l'Italia.

V. ASCOLI.

Rassegna della stampa medica.

Pet. Med. Woch., 14 lug. KRIK. « Apoplessia pancreatica ».

Gazz. d Osp., 15 lug. BERTOLINI. « Tecnica e significato della puntura polmonare nelle polmoniti.

Le Bull. Méd., 16 lug. ROBIN. « La difesa sociale contro la tubercolosi ».

Le Journal Méd. Français, 15 lug. Numero sulla biopsia e la bioterapia ».

Arch. d Mal. de l'App. Dig., ecc., lug. HALLEZ. « Le emorragie occulte del tubo digerente. — JAJSSON. « L'eredità dell'ulcera rotonda dello stomaco »

Rev. Neurol., 15 lug. ROUSSY e CLUNET. « Lesioni del corpo tiroide nel morbo di Basedow ». — NOÏCA. « Sui riflessi tendinei controlaterali e i movimenti associati spasmodici ».

Riv. Sanit., 15 lug. SENZI. « Il dovere sociale del medico ».

Arch. d. Farmac., 15 lug. PADERI « Sull'amilogenesi in rapporto alla glicolisi ».

La Sem. Méd., 16 lug. BARD. Frequenza delle fistole pleuro-polmonari durante il pneumo torace artificiale e indicazioni terapeutiche che ne risultano ».

Riv. Osped., 15 lug. EGIDI. « Sulla narcosi per insufflazione intratracheale ».

Il Cimento, 15 luglio. MATONI. « L'assicurazione obbligatoria contro le malattie ».

Wien. Klin. Woch, 17 lug. KAUFMANN e DONATH. « L'azione inversa dell'atropina ». — EXNER. « La radiumterapia dei tumori maligni ».

Deut. Med. Woch., 17 lug. RECKZEH. « Il sangue dopo l'asportazione parziale o totale della tiroide ». — LIPPMANN e PLESCH. « Sulla genesi dei linfociti ».

Rev. de Thér., 15 lug. LEGUEU. « L'uretere dopo la nefrectomia ».

La Stomatol., lug. BABINI. « Azione del caldo e del freddo sui denti ».

The Lancet, 19 lug. BRUCE. « La diagnosi precoce e il trattamento della tubercolosi polmonare ». — APPLEYARD. « I servizi medico-chirurgici nella guerra balcanica ».

Brit. Med Journ., 19 lug. FENWICK « Trattamento conservativo della tubercolosi articolare ».

Le Scalpel, 20 lug. H. von WINIWARTER. « La tubercolosi aviaria nell'uomo ».

Med. Klinik., 20 lug. JADASSOHN. « Trattamento della tubercolosi cutanea ».

L'assistenza dei minorenni anorm., lug. MONTESANO G. « Il problema del trattamento degli anormali ».

La Rif. Med., 19 lug. PALMULLI. « L'adrenalina nel lavoro muscolare ed intellettuale ». — BARTOLOTTI. « Ipogenitalismo con emilipomatosi diffusa della cute ».

Paris Méd, 19 lug. MULON. « I paragangli o glandole ipertensive. — ALBERT-WEIL. « Trattamento elettrico delle nevralgie del trigemino ».

La Presse Méd., 19 lug. NICLOUX. « L'alcool e l'alcoolismo dal punto di vista biologico ». — OMBRÉDANNE. « L'orchite acuta primitiva dei fanciulli ».

La Liguria Med., 15 lug. GIUDICE. « La fleboclisi nelle gravi emorragie ».

Rev. Med. de la Suisse Rom., 20 lug. DE QUERVAIN. « Gli errori diagnostici nell'appendicite ».

Gazz. d. Osp, 22 lug. ROCCAVILLA. « Neoplasma del timo in adulto con sindrome di mielite trasversa ».

La Policlinique, 15 lug. STEINHAUS. « Elminti e tumori ».

La Prensa Méd., 15 lug. SANCHEZ. « Orientazioni moderne nel trattamento dei calcoli vescicali «.

La Belg. Méd., 19 lug. DE STELLA. « La febbre ganglionare ».

Pensiero Med., 20 lug. BELFANTI. « I vaccini tifici e loro valutazione «.

Berl. Klin. Woch, 21 lug. GLEICHEN. « I progressi dell'ottica delle lenti ». — BAUER. « Simiglianza e dissimiglianza tra patologia animale e vegetale ». — JACOBY e EISNER. « L'azione dei sali di calce sui reni ».

Gazz. Med. It., 24 lug. BARBANO. « Il diaframma e il nervo frenico nelle malattie da infezione ».

Tuberculosa, 20 lug. SERGENT. « Tubercolosi ed eritema nodoso ».

Wien Klin. Woch., 24 lug MARUYAMA. « Una reazione del liquido spinale nei paralitici. — MARKL. « Diagnosi serologica del tifo petecchiale ». — BAUER e WASSIG. « L'adiposità ipofisaria ».

Deut. Med Woch., 24 lug. EWALD e FRIEDBERGER. « Patogenesi dell'anemia perniciosa. — SCHOENFELD. « La psoriasi è sintoma di tubercolosi, di sifilide? » — STÜMPKE. « Sieroterapia delle malattie cutanee ».

Le Bull. Méd., 23 lug. SAINTON e GASTAUD. « Sindrome di Basedow e diabete ».

La Presse Méd., 23 lug. LAGANE. « La vaccinoterapia antipertossica ».

La Presse Méd., 26 lug HOUSSAY e BERÙTI. « La medicazione ipofisaria come agente enterocinetico ».

Paris Méd. 26 lug. BOURCART. « I rapporti della cava inferiore con gli organi della cavità pelvica ». — DUMONT. « Citologia pleurica ».

Brit. Med. Journ., 26 lug. « Resoconto dell'81° Congresso dell'Associazione Medica Britannica ».

Riv. crit. di Clin. Med, 26 lug. CAVAZZANI. « Ipertrofia precirrotica e rapidità del raggrinzamento nella cirrosi epatica ».

The Lancet, 26 lug. MURRAY. « Le secrezioni interne nelle malattie. — MOYNIHAN. « I doni della chirurgia alla medicina ».

Mediz. Klinik, 27 lug. SCHWENKEUBECHER. « Le cure sudorali nelle malattie interne ». — BUMKE. « Ginecologia e psichiatria». — PUCHS. « Narcosi e anestesia nel parto ».

Gazz. d Osp, 24 lug. DE LUNA. « Misura della guaribilità ed indennità relativa dei morbi dipendenti da infortunio sul lavoro ».

The Journal A. M. A, 26 lug. TALBOT. « Sabbia intestinale ». — SUTTON. « Istopatologia della *pompholyx* (cheirodisidrosi)». — CHEEVER. « Le membrane pericoliche ». — GREENE e KRUSE. « La questione dei bromuri ».

Berl. Klin. Woch, 28 lug. WEINTRAUD. « Patogenesi del reumatismo acuto ». — ZANDER. « Le cure di moto nelle turbe di circolo ». — RITZ. « Tentativi chemoterapici con tripasafrol ».

Gaz. d. Hôp., 26 lug. BABONNEIX. « L'eosinofilia locale ».

Wien. Klin. Woch., 31 lug. BYLOFF. « Sulle funzioni del diaframma ». — LEVI. « Empyema pulsans interlobulare ».

La Rif. Med., 26 lug. FARMACHIDIS. «Sulle glicosurie».
Pensiero Med, 27 lug DEL GRECO. «Il largo giro di applicazioni della psicologia morbosa ed il vario giudizio degli uomini colti». — BAJ. Sintoma patognomonico di insufficienza aortica».
Gazz. d. Osp., 27 lug. CASTORINA. Una strana insufficienza curativa del mercurio». — 31 lug. FASANO. «Alcune forme di ascesso sotto-diaframmatico post-operatorio».
Münch. Med. Woch, 29 lug. ABDERHALDEN e ANDREZEWSKY». Il metodo ottico e il processo dialitico nelle malattie infettive». — GAMBAROFF. «Il metodo Abderhalden nella diagnosi dei tumori maligni». – FISCHER. «Mal di mare e vagotonia». — WULFF. «Il metodo Rovsing nelle scottature».
Le Bull. Méd, 30 lug. SAINTON. «Il riflesso oculocardiaco nella malattia di Basedow».
La Presse Méd., 30 lug. LESIEUR e MARCHAND. «La sub mattezza retro-epatica nella febbre tifoide». — FREY. «Cenni d'ortodontia a uso dei pratici».
Giorn. intern. d Sc. Med., 31 lug. AIEVOLI. «Distrofie lipomatose».
Boll d. Clin., lug. CARDARELLI. «Come si diagnostica l'ascesso epatico».
Deut. Med. Woch., 31 lug. LEDDERHOSE. «Sull'ascesso sub-frenico». — RICHTER. «La diagnosi della tubercolosi polmonare iniziale». — SCAGLIOSI. «Polyposis intestinalis adenomatosa diffusa».
The Journ. of Med. Res., lug. LOEB e SWEEK. «Istogenesi dei carcinomi multipli della pelle. — HISS. «Le inoculazioni profilattiche contro la malattie infettive. — ORDWAY, KELLERT, MORRIS, ecc. «Studi sui tumori maligni». — WEIL. «Sull'anafilassi».
Riv. d Ig. e d. San. Pubb., 16 ag. BERTARELLI e MELLI. «Ricerche sperimentali sulla pseudolissa».
Gazz. Med. It., 31 lug. BINDA. «Lo scatolo nel distillato delle urine».
La nuova Riv. Clin.-Ter., 31 lug. REALE. «Sul significato fisio-patologico del carbonio labile nell'urina».
Gaz. d. Hôp., 31 lug. MORESTIN. «L'evacuazione delle suppurazioni parotidee diffuse e gravi».
Pathologica, 1 ag. EPIFANIO. «La sintesi dell'ambocettore tubercolare per la sierodiagnosi di tubercolosi. — PETRONIO. «Le alterazioni istologiche antecedenti alla papilla da stasi».
Il Morgagni, lug. ZUCCOLA. «Ricerche sulla funzionalità gastrica». — VIGNOLO LUTATI. «Dermatosi professionale dei lavoratori della gomma».
La Clin. Med. It., lug. GASTALDI. «Potere rotatorio del plasma in alcune malattie». — OLLINO. «Sulla sciatica». — PLITEK. «Sull'ulcera duodenale».
Ann. di Ost. e Gin., lug. SIRTORI. «L'aborto nelle sue cause anatomo patologiche». — PAMPANINI. «Associazione tubercolare e neoplastica genitale».
Riv. di Patol. nerv. e ment., lug. DE LISI. «Isolisine e potere antitriptico del siero di sangue dei pellagrosi». — OTT e BUSCAINO. «Sulla contrattura».

Il fascicolo di ottobre 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *conterrà i seguenti lavori:*

I. **Prof. R. Massalongo e Dott. U. Gasperini** - Sulla osteo-artropatia ipertrofica pneumonica.

II. **Dott. G. Izar** – Un caso di ascesso polmonare venuto a guarigione mediante pneumotorace artificiale.

III. **Dott. Cesare Pezzi** - Considerazioni sopra due casi di dissociazione atrio-ventricolare completa.

IV. **Dott. T. Pontano** - Rapporti tra malattie da siero e fenomeni anafilattici.

Il fascicolo di ottobre 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *conterrà i seguenti lavori:*

I. **Prof. Ignazio Scalone**. - Ernia crurale strozzata della tromba uterina con sindrome d'ileo paralitico. Operazione. Guarigione.

II. **Dott. Nicola Leotta** - Sulle ferite del cuore.

III. **Dott. Giulio Dialti** - Appunti di tecnica sulla prostatectomia soprapubica.

IV. **Dott. Puglisi-Allegra Stefano** - Su alcuni casi di angina di Ludwig.

V. **Dott. Raniero Casali** – Contributo alla topografia del «sinus terminalis» della dura madre spinale con considerazioni chirurgiche.

VI. **Dott. Angelo Chiasserini** - Plastiche vasali con lembi liberi d'aponevrosi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 5 ottobre 1913 Fasc. 40

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

A proposito della sutura del rene a seguito di nefrotomia sul bordo convesso

per il prof. dott. EDOARDO TAROZZI
libero docente nell'Università di Bologna.

Ad una pubblicazione riassuntiva sulla tecnica operatoria in chirurgia renale, edita da oltre un anno, feci seguire un lavoro sperimentale che stimo opportuno riassumere in questo diffuso periodico, oggi che alcune deduzioni tecniche si sono dimostrate attuabili nell' uomo senza inconvenienti.

L'importanza delle alterazioni patologiche del rene per azione di fili interessanti il parenchima, sia a scopo di nefropessia che di sutura di ferite (incisioni chirurgiche, rotture) è stata variamente valutata dai ricercatori che ne fecero oggetto di studi sperimentali e clinici (Barth, Penzo, Zatti, Gardner, Albarran, Biondi, Kocher ed altri per la nefropessia; Lardennois, Cordero, Burci e Taddei, Bolognesi, Faltin ed altri per la nefrorrafia). In tesi generale è da ritenersi, *a priori*, che non si attraversi e non si costringa con fili un tessuto di tanta complessità istologica e di tanta importanza fisiologica senza dar luogo ad alterazioni temporanee e definitive, se pur lievi, tutt'altro che trascurabili specialmente in taluni casi, allorchè p. es. il compito funzionale grava sopra un solo rene e non in condizione di assoluta integrità. Del resto io pure ho sperimentalmente rilevato che nella sutura dell'incisione nefrotomica sul bordo convesso (eseguita stringendo i fili solo quanto era necessario per un lieve combaciamento delle valve renali, rese esangui da compressione

del peduncolo, e con catgut proporzionato al volume del rene) verificavansi ed affondamento dei fili e lesioni varie dovute a costrizione del tessuto renale; e ciò indipendentemente dall'importanza della natura e preparazione dei fili stessi, ben stabilita da altri studi sperimentali (Bolognesi, Faltin). In complesso dai fatti osservati, che per brevità non descrivo, fui portato a dedurre che già in primo tempo, *cessata la compressione del peduncolo*, non vi fosse giusto rapporto fra la resistenza del tessuto renale e la costrizione esercitata dal filo, per modo che questo, sezionata ben presto la capsula, si affondava vieppiù in relazione al progressivo alterarsi del parenchima sottoposto alla costrizione stessa.

Sono però riuscito ad eliminare quasi completamente tali inconvenienti eseguendo appunto la nefrorrafia, non a rene esangue, ma irrorato come normalmente. A questo scopo, inciso il rene dal bordo convesso al bacinetto, compreso, e dall'un polo all'altro, passavo i punti profondi, senza però annodarli, affidandone i capi ad una pinza emostatica. Avvicinavo quindi le superfici di sezione tenendole a contatto con uniforme e moderata pressione sulle due faccie renali. Facevo poi cessare la compressione del peduncolo e, dopo qualche istante, rigonfiato il rene di sangue, annodavo i punti, stringendoli assai limitatamente, in modo che non tracciassero il più lieve solco. Il risultato immediato è sempre stato perfetto rispetto all'emostasi anche in cani assai grossi e con reni di volume corrispondente. Il decorso post-operativo sempre ottimo: non emorragie, non infiltrazioni urinose. Nei reni asportati i primi giorni dopo l'operazione ho trovato sempre i punti ben visibili sopra la capsula, mentre dopo 15-20 giorni ciò che rimaneva del filo era coinvolto di connettivo confuso con la capsula o negli strati più superficiali della sostanza corticale. All'esame istologico lievissime le alterazioni del parenchima attorno ai fili. Incidendo i reni trasversalmente ho potuto sempre osservare che fra le superfici di sezione si interponeva nei primi giorni un sottile coagulo sanguigno, il quale nei casi operati da dieci giorni era già sostituito da una cicatrice ben formata.

Ho eseguito la nefrorrafia in questo modo nell'uomo con ottimo risultato.

Convinto dalle precedenti esperienze che si consegue un'emostasi regolare col mantenere semplicemente a contatto le superfici di sezione del rene ripieno di sangue ho pensato di affrontare le superfici stesse con fili, non perforanti, ma avvolgenti il rene. Annodate cioè due coppie di segmenti di filo di catgut ad un terzo circa della loro lunghezza, avvolgevo fra i due capi lunghi di ciascuna coppia i poli renali un poco all'esterno dell'ilo ed in modo che il nodo venisse a trovarsi verso la metà dell'altezza della faccia anteriore del rene; un altro nodo univa i due capi simmetricamente sulla faccia posteriore; in questo modo ottenevo già un affrontamento sufficiente per i due terzi, superiore ed inferiore dell'organo. Allacciavo quindi uno dei capi di ciascun nodo con uno dell'altro sulla stessa faccia: i due tratti di filo trasversali alle anse, sufficientemente tesi, provvedevano all'affrontamento del terzo medio. Del resto in qualche caso possono riuscire opportuni uno o due punti fra le due anse circolari.

È questo il sistema che ho felicemente adottato anche in due casi clinici.

Gli altri due capi di ciascuna coppia di fili o si sezionano, o, se opportuno, si annodano fra loro sul polo corrispondente.

Il prof. Alessandri, al quale avevo avuto occasione di far constatare i risultati da me conseguiti nei cani coi fili perirenali, mi ha gentilmente comunicato di averli utilizzati in vari suoi casi, però col semplice procedimento di far scorrere un filo di catgut dal polo sul bordo concavo e di annodarlo poi sul margine convesso; aggiungendo due o tre punti nel parenchima ha sempre ottenuto guarigione perfetta.

Nelle mie esperienze non ho mai avuto a lamentare scorrimento di queste anse circolari; tuttavia, volendone assicurare maggiormente la posizione, si può passare il filo sotto la capsula, sia sul bordo convesso, sia su quello interno dell'organo.

Naturalmente, per il risultato delle precedenti esperienze, i fili debbono essere annodati dopo aver sostituita la compressione del peduncolo con una leggera pressione e contropressione sulle due faccie renali; è bene però far precedere, a rene esangue, una sutura accurata a punti staccati della capsula.

Le modificazioni ch'io ho proposto per la riunione della valve renali dopo la nefrotomia, sia rispetto al grado di costrizione da imprimere ai punti parenchimali, sia con la sostituzione almeno parziale dei punti stessi con fili perirenali,

non aumenta, anzi, a parer mio, diminuisce i pericoli d'emorragia.

Invero, se un'emorragia grave si presenta subito dopo il taglio del rene, essa è dovuta generalmente alla ferita di vasi di calibro piuttosto notevole e situati quindi presso il peduncolo; in tali circostanze non è sufficiente la sutura e, come i vari casi resi noti dimostrano, si richiede o l'allacciatura del vaso beante (Tuffier) o un energico tamponamento (Kendal) o la nefrectomia (Mayo Robson, Desnos). La sutura non è per lo più adatta ad arrestare l'emorragia da tali vasi profondi. Questo appunto osserva Perineau, che si è occupato in modo particolareggiato delle emorragie dopo la nefrotomia, ed aggiunge giustamente, confermando l'opinione di Neuhauer della clinica di Israel, che la sutura, ostacolando la circolazione renale, facilita anzi l'emorragia. Neuhauer rileva che in quasi tutti i casi da lui raccolti, essa si è verificata dopo nefrotomie seguite da sutura.

Se poi l'emorragia non dipende da lesione di grossi vasi, ma da speciali condizioni di circolo, se trattasi d'una « pluie d'orage » più o meno impressionante, il semplice affrontamento delle superfici di sezione, come l'esperienza ha dimostrato, è sufficiente ad arrestarla (Tuffier, Le Dentu).

Riguardo alle emorragie tardive, esse dipendono talora dalla caduta di escare necrotiche (Gauthier), ma generalmente dall'allontanarsi delle due valve renali; ora questo fatto si verifica quando i punti non sono più in grado di mantenere avvicinate tali valve, non essendo ancora la loro azione sostituita da una sufficiente cicatrice. Perineau, in un caso da lui osservato in dodicesima giornata, attribuì il grave incidente alla trazione esercitata sulle due faccie del rene dagli organi circostanti che vi avevano contratto aderenze, mentre era già avvenuto l'assorbimento del catgut. Ritengo per altro possibile il distacco delle valve anche se i fili abbiano lacerato eccessivamente il parenchima, reso meno resistente dalle alterazioni dovute alla loro stessa costrizione, in modo che le anse risultino lente ed insufficienti a tenere affrontate le superfici di sezione.

Quando invece la costrizione dei fili sia proporzionata alla resistenza del tessuto renale e della sua capsula, il filo mantiene costante, sino al suo riassorbimento, l'efficacia dimostrata al momento dell'applicazione.

BIBLIOGRAFIA.

BARTH. Archiv für klinische Chirurgie, B. D. 45, Heft.

PENZO. Rivista veneta di scienze mediche, 1894; Riforma medica, 1895.

ZATTI. *Studi sperimentali sulla nefropessia.* Riforma medica, 1895.

GARDNER. *Fistules renales consécutives à la néphropessie.* Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1905, pag. 561.

ALBARRAN. *Médecine opératoire des voies urinaires.* Paris, pag. 136.

BIONDI. Congresso internazionale di chirurgia, Parigi, 1900.

LARDENNOIS. *Contribution à l'étude des contusions, déchirures et ruptures du rein:* Thèse de Paris, 1908.

CORDERO. *Ricerche sperimentali e cliniche sulla nefrorrafia.* Atti dell'Assoc. med. di Parma, n. 1, 1900.

BURCI e TADDEI. *Contributo sperimentale allo studio degli effetti e della sorte delle suture nelle ferite del rene.* Lo Sperimentale, anno LXI, fasc. IV, luglio-agosto 1907.

BOLOGNESI. *Le matériel de suture et sa stérilisation étudiés dans la réparation du rein.* Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1907, pag. 1761.

FALTIN. *Sur les sutures du rein.* Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1908.

KENDAL. *Emorragie enormi durante la nefrotomia.* Brit. Med. Journ., 1888.

TUFFIER. *Des incisions du parenchyme rénale; leur réunion par première intention.* Gazz. hebdom., 1890, pag. 197.

MAYO ROBSON. *Emorragia che durante una nefrotomia ha richiesto la nefrectomia immediata.* Leeds Med. Soc e Brit. Med. Journ., 1887.

DESNOS. *Traité des maladies des voies urinaires.* 1909.

PERINAU. *A propos d'un cas d'hémorragie rénale grave après néphrotomie.* Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1908.

NEUHAUER. *Les emorragie dopo la nefrotomia.* Freie Vereinigung der Chirurgen, Berlin, 11 fév. 1907.

LE DENTU. *Affections chirurgicales du rein et du bassinet.* 1889.

L. GAUTHIER. *Néphrolitotomie, hématurie importante tardive non infectieuse consécutive; Guérison.* Ann. des mal. des voies urin., 1908.

Pubblicheremo prossimamente:

Casolino, Un caso di leucemia mielogena con una particolare lesione oculare;

Baglioni e Amantea, Nuovo metodo di cura dell' « ejaculatio praecox ».

RIVISTE SINTETICHE.

La patologia degli organi a secrezione interna secondo i più recenti studi.

(F. KRAUS. Relazione al Congresso di Londra).

Lo sviluppo storico della dottrina delle secrezioni interne è tutto clinico e fisiologico, e l'Addison fin dal 1855 dette ad esso una solida base anatomo-patologica. Raccogliere i dettagli delle teorie e dei dati di fatto clinici e sperimentali non è oggi più possibile in una relazione; ci contenteremo quindi di tratteggiare alcune questioni che hanno soprattutto un interesse clinico.

Anzitutto dobbiamo accennare al *meccanismo di funzione delle glandole a secrezione interna*, e sopratutto della tiroide e dell'ipofisi. Per quel che si riferisce alla tiroide i reperti istologici hanno contribuito alla risoluzione della questione se esista una secrezione specifica; però restano ancora a spiegare numerosi fatti sia dal punto di vista istologico che sperimentale; la base chimica degli ormoni è ancora insufficiente. All'inizio si è pensato all'esistenza di due gruppi di sostanze specifiche di azione antagonista: uno costituito da elementi destinati al funzionamento di alcuni organi (secrezione interna in senso stretto), ed uno di sostanze destinate a neutralizzare elementi tossici formatisi in altri organi, ovvero provenienti dall'esterno (teoria dell'azione antitossica). Queste teorie apparentemente antagoniste presentano molte basi di conciliazione. Per le paratiroidi l'idea di un'azione antitossica va acquistando sempre più l'universale consenso; infatti nella paratiroidectomia si trova un'alterazione del ricambio con acidosi. Il Biedl ammette con riserva che la sostanza tossica possa essere l'imidoazoliletilamina β che è un'amidobase già riscontrata nell'organismo e che deriva dalla scomposizione degli albuminoidi. Pur essendo sostenitori della teoria della secrezione interna in senso stretto, per la tiroide esistono alcuni fatti recenti che fanno pensare anche ad un'azione antitossica così, per es., la maggior resistenza dei topi trattati con estratto tiroideo contro le iniezioni sottocutanee di cianuro di metile. Anche il Ghedini recentemente ha dimostrato lo stesso aumento di resistenza contro il cianuro di metile nel sangue dei Basedowiani. Ciò non contrasta coll'ipotesi che la tiroide produca anche una sostanza che ha un'azione elettiva diretta ed indiretta sulla funzione di organi lontani; è probabile che tale sostanza sia la tireoglobulina, ma sul suo meccanismo d'azione non conosciamo nulla; certo è che esso sembra del tutto speciale e diverso di quello dell'adrenalina.

Si deve ad ogni modo ammettere una doppia azione: dissimilatrice (aumento del ricambio, accelerazione dell'azione cardiaca, azione stimolante sulle capsule surrenali e sull'ipofisi) ed assimilatrice (accrescimento osseo, sviluppo delle glandole genitali, azione inibitoria sul pancreas).

Per quel che si riferisce al morbo di Basedow oggi va prendendo sempre più piede l'ipotesi della iperfunzione: gli argomenti che parlano in favore sono:

1° l'antagonismo tra malattia di Basedow e missedema;

2° l'efficacia della asportazione parziale della glandola nella cura del gozzo esoftalmico;

3° le analogie tra l'anatomia patologica della malattia di Basedow, della struma basedowificata e del cuore tireotossico da una parte, e del tiroidismo sperimentale per ingestione di preparati tiroidei dall'altra;

4° il carattere anatomo-patologico del gozzo basedowiano;

5° i sintomi comuni a tutte le forme di ipertiroidismo, turgore della glandola tiroidea, mononucleosi del sangue, diminuita coagulabilità del sangue, ipersensibilità allo iodio;

6° il fatto che nell'esotireopessia la tiroide del basedowiano segrega più secreto di un comune gozzo;

7° il fatto che, se il sangue dei basedowiani si mescola con acetonotrile, si ottiene una diminuzione del potere tossico di questo, come succede per la sostanza tiroidea, e che esso, come il *tiraden*, impedisce la scomposizione della morfina nell'organismo;

8° i danni della terapia tiroidea nel morbo di Basedow.

Nonostante tutti questi dati che hanno molto rischiarato l'essenza della malattia di Basedow, esistono numerosi fatti non ancora spiegati: quello che sicuramente oggi si può ammettere è che il morbo di Basedow è determinato da un'iperproduzione della sostanza tiroidea, che in un modo variabile nei diversi individui, determina un'aumento dell'eccitabilità o una vera eccitazione soprattutto in alcuni territori del simpatico e parasimpatico e può a sua volta determinare una partecipazione degli altri organi endocrini (timo, ipofisi, capsule surrenali, glandole sessuali). La

patogenesi della malattia sarebbe da ricercarsi in uno stimolo nervoso, e ciò è anche in accordo con quanto noi conosciamo sull'innervazione della glandola tiroidea.

Il Wiener, dopo l'asportazione del ganglio cervicale inferiore, ha riscontrato una diminuzione della massa cellulare, un'atrofia ed una contemporanea scomparsa del contenuto in tireoglobulina della glandola tiroide dello stesso lato. La sezione del 5° e 6° nervo cervicale dette solo la diminuzione di peso della glandola senza diminuzione della tireoglobulina sicchè, secondo Wiener, i rami comunicanti di questi nervi sarebbero da considerarsi come le radici dei nervi simpatici che vanno alla glandola; non è improbabile che le fibre trofiche siano anche le secretorie.

Il Wiener ha anche dimostrato che la pilocarpina è inattiva sulla glandola tiroidea, e che invece l'adrenalina determina un aumento del contenuto in tireoglobulina.

Asher e Flack, che hanno utilizzato come criterio di ipersecrezione l'aumento dell'eccitabilità dei nervi depressori o l'aumento di pressione in seguito ad iniezione di adrenalina, hanno dimostrato che lo stimolo dei nervi laringei superiori ed inferiori determina iperfunzione della tiroide.

Per quel che si riferisce alle *paratiroidi* ricordiamo che ogni discussione dei rapporti tra tiroidi e paratiroidi rimonta alle osservazioni istologiche del Kohn, che ne aveva dimostrato la profonda differenza morfologica.

Le esperienze di Gley, di Moussu, di Vassale e Generali, di Biedl, di Pineles, e di Erdheim, hanno dimostrato l'entità funzionale delle paratiroidi e l'importanza patogenetica nella tetania sperimentale. Non si può negare una correlazione però tra tiroidi e paratiroidi, giacchè queste s'ipertrofizzano in seguito alla tiroidectomia e perchè nella tetania paratiroipriva i preparati di tiroide dànno buoni risultati.

Il *timo* è un organo che ha rapporti sia colle glandole a secrezione interna che coll'apparecchio linfatico: esso comprende due gruppi di tessuti, mesenchima ed epitelio intimamente connessi: da punto di vista funzionale bisogna distinguere la funzione del mesenchima da quella dell'epitelio. I fenomeni di *deficit* dopo l'estirpazione del timo si rassomigliano a quelli secondari alla tiro-paratiroidectomia. Il Barley negli animali giovani ha riscontrato alterazioni caratteristiche nel sistema osseo e nel ricambio del calcio (aumento dell'eliminazione del calcio nelle urine e nelle feci), fatto confermato da numerosi altri autori; inoltre ha constatato un aumento dell'eccitabilità nervosa che ricorda quello della tetania, che per Biedl può spiegarsi coll'asportazione delle paratiroidi aberranti.

Tra il timo e le glandole sessuali esistono anche numerosi rapporti non ancora bene spiegati. Si parla oggi frequentemente di un antagonismo tra tiroide, ipofisi e glandule sessuali. I rapporti del timo colla tiroide debbono essere complessi: infatti si trovano casi di persistenza del timo in affezioni in cui si ha un ingrossamento della tiroide e un'asportazione parziale della tiroide ha per conseguenza una diminuzione di volume del timo. I casi di morbo di Basedow in cui si ha la persistenza del timo sono dal punto di vista prognostico i più cattivi.

La tiroide, le paratiroidi ed il timo derivano tutti dall'epitelio della regione branchiale e quindi possono raggrupparsi col nome di *organi branchiogeni*. Lampé è dell'opinione che la malattia di Basedow è un'affezione che colpisce tutto questo gruppo di organi.

Il lobo anteriore dell'*ipofisi* è di natura glandolare ed anche lo studio dello sviluppo parla in favore di tale ipotesi: il secreto prodotto in esso non viene eliminato attraverso il lobo posteriore ma per i vasi sanguigni e linfatici. Il secreto del lobo posteriore va nel terzo ventricolo passando per il *recessus infundibularis*. È un fatto oramai stabilito che l'azione fisiologica degli estratti del lobo anteriore e del lobo posteriore sono diversi. La pituitrina infundibulare ha un'azione analoga a quella dell'adrenalina (vasocostrizione, diuresi) e, secondo Kepinow, questo estratto avrebbe lo scopo di sensibilizzare l'azione dell'adrenalina. Sugli effetti invece degli estratti della porzione glandolare si conosce poco di sicuro. Coll'asportazione parziale della porzione glandolare della ipofisi negli animali giovani si è avuto una sindrome analoga alla distrofia ipofisaria (polisarcia, diminuzione della funzione genitale, ispessimento cutaneo, temperatura subnormale, apatia, talora poliuria, bassa statura e diminuito sviluppo degli organi sessuali). Per l'acromegalia oggi si tende ad ammettere la teoria dell'iperfunzione (Benda, Tamburini, Massalongo), in favore della quale militano i seguenti argomenti:

1. L'antagonismo tra distrofia ipofisaria ed acromegalia.

2. L'analogia del reperto istologico tra l'ipofisi degli acromegalici e la tiroide dei basedowiani.

3. I successi della terapia chirurgica (Horsley, v. Eiselberg, Hochenegg).

4. Il fatto che la partecipazione di altre glandole a secrezione interna nel decorso dell'acromegalia avviene ora nel senso d'iperfunzione o d'ipofunzione, ma l'ipofisi sempre presenta la sintomatologia predominante e ben nota.

RAPPORTI DELLE GLANDOLE A SECREZIONE INTERNA COL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO.

Le glandole a secrezione interna hanno numerosi rapporti col sistema nervoso vegetativo. Recentemente si è tentato lo studio del meccanismo d'azione delle glandole a secrezioni interne per mezzo delle osservazioni sul comportamento del sistema nervoso vegetativo di fronte a certe sostanze. Per comprendere queste osservazioni è necessario ricordare che dal punto di vista funzionale esiste un netto antagonismo tra la porzione dorso-lombare del simpatico (il simpatico in senso stretto) e le porzioni bulbo-cervicale e sacrale (parasimpatico o sistema autonomo) rispetto ad alcune sostanze. Non è da ritenere in modo assoluto che questo antagonismo rispetto soprattutto all'azione dell'atropina e della pilocarpina debba riportarsi integralmente nel campo della fisiologia e della patologia degli organi endocrini. Però dopo gli studi sulla vagotonia e simpaticotonia la funzione delle glandole a secrezione interna è stata considerata sempre dal punto di vista dell'antagonismo ed anzi si è detto che le secrezioni interne agirebbero favorendo od inibendo l'azione di uno dei due sistemi. Le nostre cognizioni sul punto di azione degli ormoni sono ancora molto incomplete, però non si può escludere che il meccanismo d'azione degli ormoni si modelli in linea generale su tale antagonismo. Un esempio tipico l'abbiamo nel morbo di Addison: nella malattia di Basedow la questione è più complessa. Si può ammettere che anche qui esistano stati d'irritazione periferica d'origine tossica non d'origine centrale: però l'indipendenza del simpatico dal sistema nervoso centrale è stata in patologia esagerata: il sistema nervoso vegetativo riceve invece continuamente impulsi dal cervello.

In molti casi di morbo di Basedow molti sintomi che potrebbero spiegarsi anche con un'eccitazione periferica del sistema vegetativo sono, almeno in parte, d'origine centrale: però in alcuni casi esistono fatti che parlano per un meccanismo d'azione periferica dell'ormone tiroideo: così, accanto ad un'espressione di spavento troviamo non raramente un umore euforico.

Ad ogni modo dobbiamo tener sempre in considerazione l'azione inibitoria permanente che il sistema nervoso centrale esercita sul simpatico, e che quindi indirettamente ha azione sull'eccitabilità delle terminazioni.

I sintomi del morbo di Basedow sono in parte simpatici (tachicardia, esoftalmo, glicosuria), in parte parasimpatici (iperidrosi, congestione, edemi). L'Eppinger sostiene però che ogni antagonismo fisiologico manca nei basedowiani, come pure negli acromegalici, quando si tratti d'individui in preda ad eccitazione psichica. Nel morbo di Basedow non esiste una eccitazione di tutto il simpatico, ma solo di alcuni determinati organi e funzioni: l'Eppinger ed il Noorden hanno distinto a questo proposito due forme cliniche: il tipo vagotonico ed il tipo simpaticotonico del morbo di Basedow: in modo analogo si comporta l'acromegalia.

I problemi da risolvere su questo campo sono ancora infiniti, e solo l'avvenire forse non lontano potrà illuminarci completamente sui rapporti tra glandole a secrezione interna e sistema nervoso.

RAPPORTI TRA I VARI ORGANI A SECREZIONE INTERNA.

Le glandole a secrezione interna formano un sistema; non bisogna però con ciò pensare che ogni glandola possa compensare la funzione dell'altra. Spesso si verificano insufficienze a carico del sistema vegetativo, che possono dipendere o da iperfunzione tiroidea o ipofisaria. Ogni glandola ha però una secrezione specifica; così il missedema e la distrofia ipofisaria sono due entità totalmente diverse. È difficile ad ogni modo giudicare della caratteristica fondamentale, giacchè i rapporti sono complicati e dipendenti da numerosi elementi, e ciò non solo nei quadri morbosi, ma anche nelle sindromi sperimentali. Così si è visto che la puntura del IV ventricolo provoca la glicosuria solo se esistono le capsule surrenali, e da ciò si è concluso che la puntura non agisce direttamente sul fegato per la via degli splancnici, ma indirettamente mettendo in circolazione una certa quantità di adrenalina; però forse i rapporti sono ancora più complicati.

I lavori di Falta ed Eppinger hanno dimostrato una correlazione fisiologica tra la tiroide, il pancreas ed il tessuto cromaffine; l'aumentata attività del pancreas inibisce la fuzione del tessuto cromaffine e della tiroide e viceversa.

Falta ammette che l'adrenalina e l'ormone pancreatico nel fegato agirebbero in modo antagonistico sulla utilizzazione del glicogeno: queste con-

usioni hanno importanza specialmente per la interpretazione del diabete.

Per quel che si riferisce ai rapporti tra tiroide e capsule surrenali ricorderemo solo le esperienze di Friedenthal, che ha osservato che il siero dei basedowiani ha un'azione midriatica sull'occhio di rana: quindi la secrezione tiroidea ha un principio analogo all'adrenalina: nei basedowiani è stato riscontrato anche un aumento del contenuto di adrenalina del sangue: probabilmente la secrezione tiroidea stimola la secrezione adrenalinica; infatti il Munk, negli animali trattati a lungo con preparati tiroidei, ha riscontrato una notevole diminuzione dei lipoidi nelle capsule surrenali.

Altri notevoli rapporti legano insieme la tiroide, l'ipofisi e le glandole sessuali. Nel morbo di Basedow i disturbi mestruali costituiscono la regola. La tiroide nella pubertà, nella gravidanza, nella deflorazione, nel climaterio è nella castrazione aumenta di volume. Lo stesso si verifica nei miomi dell'utero e nella clorosi. L'ipofisi s'ingrandisce nella gravidanza e dopo la castrazione: la tumefazione dei corpi cavernosi del naso, il turgore delle mammelle, la perdita o l'aumento dei peli del corpo, la formazione di osteofiti o un certo aumento delle estremità nella gravidanza sarebbero la prova dell'aumentata funzione tiroidea.

Nell'acromegalia s'incontrano precocemente disturbi delle funzioni generative: i genitali esterni appaiono voluminosi, mentre i genitali interni sono in via di regressione. Nella distrofia ipofisaria si trovano arresti di sviluppo degli organi sessuali e dei caratteri secondari (impotenza, amenorrea, mancanza di libido, ecc.).

Classificazione delle affezioni in rapporto con alterazioni delle glandole a secrezione interna.

1. Paratireosi.

a) *Ipoparatireosi*:

1. Tetania paratireopriva operatoria, o nelle malattie della tiroide.
2. Tetania degli operai.
3. Forma tossica e infettiva.
4. Tetania gravidica.
5. Nelle affezioni gastriche.
6. Tetania nei bambini.

b) *Ipertireosi* (?):

Paralisi agitante (Roussy e Clunet) (?).
Miastenia pseudoparalitica (Lundborg) (?).

2. Tireosi.

A) *Secondarie*:

1. Alterazione delle glandole sessuali (pubertà, mestruazione, deflorazione, climaterio, castrazione, gravidanza).
2. Miomi uterini.
3. Clorosi (in rapporto colle ovaie?).
4. Malattie dell'ipofisi.
5. Tabe, asma bronchiale, nefrite.
6. Sclerodermia.

B) *Primarie*:

a) *Ipertireosi o atireosi*:

1. Cachessia tireopriva degli adulti ed equivalenti.
2. Costituzione ipotiroidea. Alcune forme di polisarcia.
3. Missedema spontaneo degli adulti.
4. Missedema dei bambini (vero missedema).
5. *Hypothyreosis benigna* di Hertog.
6. Cretinismo endemico.
7. Mongolismo.
8. *Kropfherz.* (Forma meccanica (da stasi) — Ipertrofia cardiaca tireopatica — Forma tossica (Kraus) — Forma torpida).

b) *Ipertireosi* (tireotossicosi, distireosi):

1. Morbo di Basedow primario (struma basedowiano), o secondario (struma basedowicato o nei degenerati).
2. Basedowoide (Stern).
3. Ipertiroidismo senza la triade caratteristica.

3. Ipofisi:

a) Ipofunzione = *Dystrophia adiposogenitalis ipofisaria.*

b) Iperfunzione — Acromegalia.

P. ALESSANDRINI.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

Paralisi del ricorrente e stenosi mitralica.

(C. LIAN e MARCORELLES. *Arch. des Mal. du coeur, des vaisseaux et du sang*, n. 6, 1913).

I segni clinici di paralisi del ricorrente, possono comparire, sebbene raramente in individui affetti da stenosi mitralica.

In qualche caso il disturbo della voce, raucedine, afonia, è il primo segno che precocupa l'ammalato; la paralisi del ricorrente porta all'esame generale del paziente e rivela la stenosi mitralica fino allora ignorata: ma è il caso più raro.

In altri più numerosi la paralisi del ricorrente insorge in un periodo della malattia nel quale compaiono i primi disturbi del compenso (dispnea e palpitazione), nella dissistolia d'ordinario invece la paralisi sopravviene nel periodo d'ipo o d'asistolia.

Talora tutti i segni clinici si riducono a disturbi della voce, talora a questi si associano disturbi del respiro. Le turbe della voce possono essere sul principio lievi ed intermittenti, la voce diviene quindi roca, bitonale, perfino afona; talora la disfonia compare *d'emblée*.

In qualche caso (Hofbauer), la posizione del malato influisce: un malato sul lato destro o sul dorso presentava la voce meno roca, e la parola facile; ma diveniva intensamente disfona sul fianco sinistro e specialmente se s'inclinava in avanti.

I disturbi respiratori in verità non sono considerati come parte della paralisi ricorrenziale, per l'ordinario compenso della corda vocale sana; invece bisogna ricordare che la dispnea è il sintoma talora culminante della cardiopatia scompensata, specie se si tratti della stenosi mitralica

L'esame laringoscopico mette in chiaro l'origine del disturbo vocale con la dimostrazione della paralisi di una delle corde vocali.

Talora nella stenosi mitralica esistono parecchi sintomi i quali costituiscono un quadro clinico simile a quello dell'aneurisma dell'aorta: ineguaglianza dei polsi carotidei, ineguaglianza dei polsi radiali, zona ottusa e pulsante nel secondo spazio intercostale sinistro, midriasi sinistra; l'autopsia e la radioscopia hanno in molti casi potuto escludere una qualsiasi alterazione morbosa a carico dell'arco aortico.

I sintomi della paralisi ricorrenziale sono mutevoli sul principio, poi possono divenire permanenti, infine però il disturbo nelle voce può attenuarsi e quasi scomparire; ma non si tratta in genere di guarigione della paralisi del ricorrente, ma solo di adattamento o di compenso; l'esame laringoscopico fornisce sempre resultato positivo per la paralisi della corda vocale corrispondente.

***

L'esame laringoscopico è sempre necessario per diagnosticare sicuramente una paralisi ricorrenziale, e distinguerla nettamente da un processo locale laringeo, che può simularla perfettamente.

Constatata la paralisi del ricorrente, è necessario un minuto lavoro di analisi per escludere tutte le possibili cause: aneurisma dell'aorta, mediastinite sifilitica, adenopatia tracheo-bronchiale, cancro dell'esofago, nevrite ricorrenziale infettiva o tossica; solo allora si potrà mettere in rapporto la paralisi del ricorrente con la stenosi mitralica esistente.

L'esame radioscopico è necessario per tale diagnosi; un primo esame sarà praticato in posizione frontale per apprezzare l'eventuale sviluppo anormale dell'arco medio del margine sinistro dell'ombra cardiaca (dilatazione dell'orecchietta sinistra o dell'arteria polmonare), l'aumento del volume del ventricolo destro.

Un secondo esame sarà fatto in posizione obliqua anteriore destra, di 50 gradi: si vede così se l'orecchietta sinistra dilatata copre con la sua ombra lo spazio chiaro retrocardiaco, fino a raggiungere l'ombra della colonna vertebrale.

Tre teorie dominano in base ai reperti anatomici e radiografica la patogenesi della paralisi del ricorrente nelle stenosi mitraliche.

Ortner, in base a dati anatomopatologici pensa che l'orecchietta sinistra dilatata possa comprimere il nervo ricorrente contro l'arco aortico, determinando la degenerazione del nervo e secondariamente la paralisi della corda vocale sinistra.

Kraus invece crede che il ventricolo destro dilatato trascina l'arteria polmonare nei movimenti di *bascule* che subisce per la sua dilatazione e ipertrofia; l'arteria polmonare alla sua volta abbassa per mezzo del dotto arterioso l'aorta che viene ad esercitare una trazione sul ricorrente.

Kraus stesso pensa che la teoria d'Ortner sia contradetta dai dati anatomici poichè tra orecchietta sinistra ed aorta, esiste la branca sinistra dell'arteria polmonare.

Alexander infine crede che la paralisi dipende da schiacciamento del nervo determinato dall'arteria polmonare talora dilatata che è spinta dall'orecchietta sinistra contro l'aorta.

Gli AA. pensano che la teoria di Kraus non sia accettabile, poichè l'arco dell'aorta è solidamente mantenuto a posto da tutti i rami che nascono dalla sua faccia superiore mentre il legamento arterioso è un cordone estremamente piccolo, spesso solo da 3 a 4 mm.; inoltre la dilatazione del cuore destro, frequente a riscontrarsi al di fuori della stenosi mitralica, non dà paralisi ricorrenziale.

Le teorie di Alexander e di Ortner, hanno gran parte di vero; esse però sono insufficienti a spiegare completamente la sindrone: l'orecchietta s. dilitata secondo gli AA. non ha la capacità di esercitare una compressione così forte da respingere verso l'alto l'arteria polmonare, e mentre la grave dilatazione auricolare è frequentissima, se non il fatto ordinario della stenosi mitralica, la paralisi del ricorrente è invece eccezionale.

Lian e Marcorelles credono che a questi fattori si devono aggiungere altri due elementi importanti per la spiegazione completa:

1) una trombosi di antica data dell'orecchietta sinistra;

2) un certo grado di mediastinite cronica.

La trombosi di antica data, che gli AA. hanno trovato in un caso all'autopsia, rendendo più rigida e resistente la parete, è capace di comprimere.

La mediastinite cronica o sotto forma di associazione sifilitica o tubercolare, provocata più facilmente dallo stimolo meccanico del cuore dilatato, riscontrata dagli AA., spiegherebbe inoltre quegli altri segni che sono stati riscontrati in occasione di stenosi mitraliche, e che non hanno trovato spiegazione esatta per l'assenza di alterazione dell'arco aortico. Una loro malata avea dei veri attacchi a tipo di pertosse, il nervo ricorrente inglobato da un processo di mediastinite cronica, diviene così più sensibile allo stimolo meccanico esercitato dalla dilatazione auricolare e dell'arteria polmonare.

La cura secondo gli AA. deve adattarsi alle due condizioni principali: cercare di migliorare lo stato di iposistolia e quindi di diminuire la dilatazione cardiaca, di conoscere la causa dell'eventuale mediastinite, e se le ricerche volgono verso l'esistenza di un'eventuale lues, instituire un'opportuna cura specifica.

PONTANO.

CHIRURGIA.

Embolie polmonari post-operatorie.

(MAUCLAIRE. *Le Progrès médical*, n. 2, 1913).

L'A. ricorda i casi di embolia polmonare post-operatoria da lui osservati in 15 anni di pratica chirurgica: ne ha osservati sopra tutto dopo l'operazione dell'ernia inguinale, e poi nell'appendicite, nei fibromi, in un caso di neoplasma vegetante del retto, in un caso di splenectomia.

Gli atti operativi ai quali più frequentemente segue questa complicazione sono anzi tutto le operazioni sulle vene: legatura della safena, resezione della safena per flebite settica, ecc.

Frequenti sono pure le embolie nella estirpazione di fibromi per la presenza di numerosi e voluminosi vasi venosi, specialmente fibromi uterini.

L'appendicectomia può essere seguita da trombosi o flebite appendicolare e consenguente embolia della polmonare.

Così pure le operazioni di ernia strozzata, inguinale o crurale, si complicano talvolta con embolia per trombo-flebite dei vasi dell'ansa strozzata.

Statistiche recenti mostrano che una volta su 400 casi circa questa complicazione si osserva dopo la cura radicale dell'ernia inguinale semplice, pel flebite dei vasi spermatici, della vena femorale e della vena iliaca.

Se la ferita chirurgica è infetta, naturalmente è più facile la ricerca del punto d'origine dell'embolia.

In seguito all'arresto dell'embolo, si formano nell'arteria polmonare voluminosi coaguli, dai quali si originano infarti polmonari secondari, che possono produrre la gangrena o l'ascesso del polmone.

Trendelemburg ha consigliato di praticare in questi casi la pericardiotomia per fare la ricerca e l'estrazione del coagulo; è questa un'operazione poco pratica, e che di rado potrebbe riuscire efficace, perchè rapidamente il trombo si estende e manda ramificazioni nei rami secondari dell'arteria polmonare.

Molto discussa è la patogenesi di queste embolie. Molti autori pensano che c'è sempre infezione leggiera del focolaio operatorio, che spesso passa inosservata, e che sarebbe la causa della flebite e dell'embolia. In realtà l'operazione asettica ideale non esiste.

L'embolia della polmonare si osserva non di rado in individui affetti da varici venose o da sclerosi vasali. La flebite dell'arto inferiore è più frequente a sinistra, perchè nella vena iliaca sinistra il sangue circola più lentamente per la maggiore obliquità della vena, per la presenza di sostanze fecali nell'*S* iliaca che comprime la vena, e per altre ragioni di natura meccanica.

Alcuni autori hanno invocato, come causa di queste embolie, possibili alterazioni della crasi sanguigna per aumento della viscosità del sangue che favorirebbe il processo di formazione della trombosi.

La narcosi prolungata secondo altri potrebbe produrre una disidratazione notevole del sangue, che ne aumenterebbe la coagulabilità. Ranzi ha osservato che le embolie sono più frequenti se maggiore è stata la durata della narcosi. Però l'embolia è stata osservata anche nella anestesia rachidiana o locale.

L'A. invoca anche la compressione della vena femorale e dei vasi poplitei sia durante l'operazione (per fasciature o posizioni speciali) sia per medicazioni successive, come causa di flebite specialmente in persone d'età avanzata o affette da varici.

Le infezioni generali (tifo, influenza, ecc.) favoriscono la trombosi epigastrica e femorale nella cura radicale dell'ernia, e la trombosi pelvica nella chirurgia dei fibromi, cisti ovariche, salpingiti, ecc.

La causa delle embolie che seguono all'operazione dell'ernia inguinale è attribuita da taluni

all'infezione delle vene epigastriche, per legatura di queste vene nel passare il laccio sul peduncolo. Per lesioni dei vasi spermatici, si può avere trombo-flebite di questi vasi.

Se coesistono lesioni valvolari cardiache, l'operazione ha una parte eziologica secondaria.

La cachessia, per l'alterata crasi sanguigna, è stata considerata in alcuni casi.

L'alzarsi precoce degli operati dal letto favorisce le embolie post-operatorie.

La data della comparsa di questa complicazione è molto varia: di solito verso il dodicesimo giorno dopo l'operazione.

Si distinguono tre forme cliniche:

1) la *forma folgorante* con embolia massiva lobare, che dà la morte in pochi secondi;

2) la *forma asfittica* con embolia pluri-lobulare, che dà la morte in 1-2 ore con emottisi ripetute;

3) la *forma leggiera* con infarti polmonari medi, caratterizzata da piccoli sputi nerastri, dolore puntorio, ed all'ascoltazione da una piccola zona d'ottusità circondata da rantoli crepitanti.

La prognosi è in generale grave.

Il trattamento preventivo consiste nel risparmiare il più possibile i vasi nell'atto operativo. Nella erniotomia, si curerà di non ledere i vasi epigastrici ed i vasi spermatici.

Il trattamento curativo consiste nella legatura della vena al disopra del tratto trombosato, associata o no alla resezione. Abbiamo ricordato i tentativi di Trendelemburg di arteriotomia dell'a. polmonare, che si possono praticare soltanto nei casi di embolie tardive post-operatorie come ha fatto il Ranzi e pochi altri.

P. S.

MEDICINA LEGALE.

Del meconio rispetto agli indizi che ne sono desumibili nelle necroscopie del neonato.

(G. G. PERRANDO. *Rif. medica*, n. 12-13-14-15, 1913).

L'A. in uno studio completo dal punto di vista bibliografico e casistico, tratta del significato e del valore medico-legale del meconio, specie in rapporto alle necroscopie giudiziarie, per gl'indizi che fornisce sulle modalità per cui avvenne la morte.

Il Perrando, dopo aver ampiamente e chiaramente riassunto quanto sin quì è noto sui caratteri e la natura del meconio; sul meconio in relazione allo sviluppo del feto e alle varie condizioni patologiche materne e fetali, e dopo aver riportato in sintesi i risultati di 85 osservazioni personali, viene alle seguenti conclusioni:

1. Il reperto meconiale ha indubbiamente una grande importanza diagnostica nei riguardi della necroscopia forense del neonato, nè va mai trascurato il rilievo esatto delle condizioni del contenuto intestinale.

2. La sua variabilità in relazione alle differenti condizioni fisiopatologiche fetali, lo rendono forse meno utilizzabile come carattere indiziario delle varie epoche della vita intrauterina, per quanto taluni in base a constatazioni microscopiche, credano possibile una applicazione precisa alla diagnosi dell'epoca di sviluppo intrauterino e dell'avvento della vitalità.

Tuttavia è conveniente tener presente i caratteri del meconio primordiale bianco-grigiastro, muco-epiteliale, di quello verde uniforme delle epoche previtali di sviluppo, cui sussegue la graduale differenziazione di quello giallastro amniotico delle prime porzioni dei tenui, e piceo delle ultime porzioni enteriche cogli elementi dell'induito fetale, che si va costituendo nell'ultimo trimestre della vita intrauterina.

3. In casi di nati-mortalità per causa distocica non solo si verifica abbondante emissione di meconio durante la nascita, ma il crasso può trovarsi completamente svuotato dal suo contenuto e fortemente retratto. Le malattie, le mostruosità, e le gravi lesioni dei centri nervosi rendono meno facile l'asfittico o distocico svuotamento del crasso. Inoltre anche nei casi di grave mostruosità fetali si può riscontrare meconio con elementi amniotici.

4. In casi di atresia intestinale ha importanza diagnostica clinica e necroscopica, il reperto meconiale, giacchè manca il meconio nel tratto ipotrofico successivo alla stenosi, ed ha caratteri speciali nel tratto dilatato preatresico.

Ciò ha anche notevole importanza scientifica in relazione alle dotrine patogenetiche delle atresie congenite dell'intestino, come ne ha dal punto di vista pratico dei giudizi sulla vitalità del neonato, tanto più che le atresie, sono forse più frequenti di quello che non si creda.

5. Il contenuto intestinale non subisce variazioni individuali importanti nei feti macerati.

Il meconio si mostra assai resistente ai processi diffusivi e disgregativi della macerazione; talchè i suoi elementi riescono ottimamente differenziabili anche a distanza di tempo, così come per la putrefazione. Il meconio giallo amniotico e, poi, quello piceo incominciano a rammollirsi ed a farsi più fluenti e bruno-ematici verso il 2. ed il 3. stadio del processo macerativo.

6. Anche nei neonati, deceduti nei primi giorni della loro vita per svariate cause patologiche, l'eliminazione del meconio, suol trovarsi avvenuta prontamente e completamente.

Tuttavia condizioni di prematuranza, di inerzia intestinale per malattie peritoneali, ascite,

insufficienza cardiopolmonare, ecc., possono determinare ritardi nell'emisione dei resti meconiali.

Non mancano però eccezioni alla regola, e d'altronde sarebbe utile di ripetere indagini microscopiche nelle feci dei neonati sani e viventi, giacchè non tutti gli autori sono d'accordo sul tempo di persistenza di elementi meconiali nelle evacuazioni.

A. ASCARELLI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Sulle iniezioni endovenose di iodoformio nella cura della tubercolosi polmonare e della polmonite.

Nota del dott. ALEARDO CERIOLI.

In una nota apparsa nel fasc. 14 aprile 1912 di questo periodico enunciai le ragioni di questo tentativo terapeutico: effettuare una medicazione locale dei processi morbosi polmonari, facendo giungere, per la via delle vene periferiche, del cuor destro e dell'arteria polmonare, il farmaco, allo stato di fine polvere, nei capillari polmonari.

Nella stessa nota ho descritto la prima esperienza clinica, intrapresa in una tisica avanzatissima, in cui queste iniezioni apparvero scevre d'accidenti immediati gravi, ed ho accennato alle principali obiezioni sull'applicabilità del metodo, la più importante delle quali starebbe nella possibilità dell'occlusione permanente dei capillari embolizzati. Già da tempo abbastanza lungo (dal 1903) l'iodoformio ebbe applicazione per via endovenosa nella tubercolosi polmonare (Dewar), però, non allo stato di polvere, bensì sciolto in etere e paraffina liquida (in unione alla tubercolino e vaccinoterapia), nella qual forma è presumibile che non s'arresti affatto nei polmoni, o, se mai, vi si fermi in piccolissima quantità, ed eserciti piuttosto un'azione generale. Ebbe luogo recentemente in proposito una discussione all'Accademia di Medicina Irlandese (*British Med. Jour.*, 24 maggio e 7 giugno 1913).

Il tema, come di leggieri ognuno può comprendere, sopratutto pensando che, dopo l'iodoformio, moltissime altre sostanze allo stato solido sarebbero a sperimentarsi, si presenta tanto ponderoso e difficile, che al lettore non parrà certo prematura questa seconda nota, se pur non vi troverà la soluzione del problema; soluzione che possiamo ritenere assai lontana, e che d'altra parte non può essere opera d'un solo.

Dopo il primo esperimento ebbi occasione di eseguirne diversi altri, sia nella tubercolosi polmonare che nella polmonite, ed ora ne parlerò succintamente, dato il carattere del presente lavoro.

La certezza di operare in malati a prognosi infausta, o gravemente minacciati, l'assenza di ogni danno sensibile nei primi curati con serie abbastanza lunghe d'iniezioni, la prudente lentezza con cui le condussi, ed infine le considerazioni teoriche che più innanzi esporrò, mi fecero apparire, più che permessa, indicata l'applicazione di questo nuovo mezzo.

La composizione del liquido usato fu la seguente: iodoformio Merk purissimo in polvere impalpabile, gr. 1; soluzione di glucosio (circa al 55-60 %), gr. 20. Salvo nei casi di cui dò particolare indicazione, la quantità di questa sospensione usata per ogni iniezione fu di un centimetro cubo.

TUBERCOLOSI POLMONARE.

I. — C... D..., anni 33, contadina. Ebbe in passato diverse emottisi. Entra in ospedale denutrita e molto sofferente. Può alzarsi dal letto, ma è incapace di ogni più piccolo sforzo. Sputo in discreta quantità, apiressia. Segni di caverna, non grande, all'apice destro. Somministro per circa 20 giorni thiocol gr. 3 *pro die*, senza osservare miglioramento sensibile. Pratico in seguito 7 iniezioni, il 21, 27, 29, 31 marzo, il 5, 8, 10 aprile, continuando in pari tempo il thiocol. Esce dall'ospedale in ottime condizioni, quasi senza sputo nè tosse, assai meglio nutrita e capace di attendere alle sue occupazioni abituali. Persistono all'ascoltazione scarsi rantoli.

Pratico altre 3 iniezioni il 26 aprile, il 5, 12 maggio, e per riceverle l'ammalata è costretta a fare un viaggio a piedi di 10 chilometri, che percorre senza sforzo. Trascura in seguito di continuare la cura. Nel luglio è colta da nuova emottisi. Si ripresenta nell'agosto per ricevere altre 3 iniezioni, ma poi di nuovo tralascia la cura. Nell'ottobre ultima forte emottisi, dalla quale s'è rimessa spontaneamente.

II. — F... A..., anni 59, messo comunale. Tubercolosi polmonare datante da molti anni con rilevante ottusità, estesa a quasi tutto il torace, forte dispnea, sputo copioso, febbre 38°.5-39°. Somministro thiocol e pratico iniezioni ogni 3-4 giorni. In principio si ha miglioramento della dispnea, ma poi questa ritorna, e

dopo la 10ª iniezione, mentre lo sputo si è fatto scarsissimo e la febbre non sale a più di 37°.5, son costretto a sospendere. Passano dieci giorni di apiressia quasi completa e poi la febbre risale, aumenta lo sputo, diminuisce la dispnea. Pratico allora la 11ª e 12ª iniezione; scompare di nuovo la febbre, cala lo sputo, ma torna la dispnea, ed il paziente soccombe alcuni giorni appresso con forte ortopnea.

III. — Z... T..., anni 21, casalinga. Forma datante da alcuni anni, con escavazione non grande all'apice destro. Entra in ospedale abbastanza denutrita e pallida, con sputo in discreta quantità: sembra che la malattia abbia assunto andamento progressivo. Apiressia, non dispnea. Riceve 7 iniezioni, il 24 giugno, il 1, 10, 16, 23, 27 luglio, il 13 agosto, mentre prende thiocol gr. 3 *pro die*. Esce dall'ospedale con sputo quasi scomparso, nutrizione ed aspetto molto migliorati.

In seguito l'ammalata trascurò spesso di presentarsi all'ambulatorio e perciò nel tempo che seguì dall'uscita dall'ospedale fino ad ora non ricevette che 3 iniezioni da 1 cmc., e 21 da $^1/_2$ cmc.. Non fece altre cure sussidiarie. Attualmento lo sputo e la tosse mancano completamente, le condizioni generali sono buone per nutrizione e colorito. Persistono i segni di caverna con pochissimi rantoli.

P. 76, R. 18. L'ammalata non ha cardiopalmo nè dispnea neppure nel salire le scale, ed accudisce alle proprie faccende.

Ho notato che in questa ammalata le iniezioni di 1 cmc. erano mal tollerate, producendo cefalea talora intensa, che durava per diversi giorni, e perciò ridussi la dose a $^1/_2$ cmc.

IV. — B... D..., anni 22, contadina. All'entrata in ospedale presentava estese distruzioni dei polmoni e forti disturbi addominali (dolori, vomito). Le prime iniezioni, sopratutto la 3ª, 4ª, 5ª, eseguite a 2-3 giorni di intervallo provocarono dispnea, prima non esistente.

La 6ª ($^1/_2$ cmc.) eseguita a 10 giorni di distanza fu ben tollerata e così le seguenti, tanto che potei alla 11ª riprendere la dose abituale di 1 cmc. L'ammalata era nel complesso migliorata per la scomparsa totale dei disturbi addominali e la diminuzione della febbre, ma più tardi questa aumentò di nuovo e la nutrizione venne a scadere. Alla fine una improvvisa emottisi fulminò la malata. All'autopsia trovai distruzione quasi totale del polmone sinistro, caseificazione in massa della metà superiore del destro, tubercolosi miliare generalizzata.

Nei giorni precedenti a quello dell'emottisi la paziente non presentava dispnea subbiettiva, nè obbiettiva, sia per profondità che per frequenza (R. 20, P. 120, coricata), e poteva levarsi a sedere senza aiuto nel letto, senza perciò essere colta da affanno. La degenza durò circa 3 mesi. Le iniezioni furono 24, e la quantità di liquido usata 19 cmc.

V. — V..., E..., anni 19, domestica. Tentai per varie affezioni scrofolose (senza lesioni polmonari) la tubercolino-terapia a tappe, ma le prime iniezioni, benchè non avessi oltrepassato le dosi minime che il metodo richiede, produssero alte elevazioni febbrili, onde dovetti sospendere la cura. Uscita dall'ospedale, poco appresso vi tornò con diagnosi di broncoalveolite ed infatti all'apice sinistro udii numerosissimi rantoli crepitanti diffusi. Tosse frequente, sputo scarsissimo. Dopo 8 iniezioni, il 20, 23, 26, 30 settembre, il 4, 8, 11, 16 ottobre, e thiocol gr. 2 *pro die* uscì dall'ospedale in ottime condizioni, senza alcun colpo di tosse e senza rantoli all'ascoltazione. Riprese il mestiere di domestica e mi consta che per varii mesi durò in buona salute benchè avesse un servizio gravoso.

VI. — M..., V..., di anni 34. Cifoscoliosi pronunziatissima e broncoalveolite datante da anni, probabilmente senza escavazioni. Piressia leggera. Dopo 26 iniezioni, 10 delle quali vennero eseguite a giorni alterni, la febbre e la tosse sono scomparse totalmente, lo stato generale è migliorato. Nessuna turba del circolo e del respiro.

VII. — R... P..., anni 17, domestica. Padre morto tisico. Sovente tossicolosa da varii anni, negli ultimi tempi la tosse insiste; deperisce mentre prima era grassa. Stato di nutrizione ancora discreto, rantoli abbondanti molto diffusi, non ottusità forti, sputo copioso, contenente bacilli tubercolari. Trementina per bocca e 10 iniezioni, il 24 dicembre, il 3, 6, 9, 13, 29 gennaio, il 1, 4, 7, 17 febbraio. In seguito non si presenta più all'ambulatorio perchè ha ripreso il lavoro; tosse e sputo scomparsi, stato generale molto migliorato, condizioni che persistono attualmente.

VIII. — R... M..., anni 31, casalinga. Tisi avanzata con grande caverna, molto sputo, tachicardia. Pratico 22 iniezioni, il 16, 18, 21, 24, 31 dicembre, il 2, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27 gennaio, il 3, 5, 7, 9, 11, 13 febbraio. Lo stato generale migliora sul principio, poi la febbre, già diminuita, torna ad aver sovente elevazioni oltre i 38°, e scade la nutrizione, mentre la tosse e lo sputo restano scarsissimi, nè esiste dispnea: noto area epatica molto ingrandita. Infine è presa da dolori addominali, grave malessere, dissenteria, vomito, non meteorismo, e la morte giunge rapidamente il 18 febbraio.

IX. — M... L..., anni 34, filatrice. La malattia data da alcuni anni e produsse emottisi. Stato gravemente compromesso per la magrezza, il pallore, la tachicardia; non dispnea. Tosse e sputo abbondanti, caverna.

Dopo 7 iniezioni, il 28, 30 gennaio, il 1, 6, 13 15, 18 febbraio, all'ambulatorio, entra in ospedale già discretamente migliorata. Ivi resta un

mese in cui pratico altre 6 iniezioni e do thiocol gr. 3 *pro die*. Esce in istato di nutrizione molto aumentato, con sputo scarso. Continua la cura ambulatoriamente ed ha ricevuto ancora altre 5 iniezioni (in tutto 18), le ultime di solo $^1/_2$ cmc. La temperatura che l'ammalata controlla regolarmente si mantiene in limiti discreti.

X. — L... T..., anni 11. Assai deperita, con vasta caverna d'origine certamente tubercolare alla base destra. Fa cura con thiocol gr. 2 *p. d.*, ed ha ricevuto dalla fine di novembre alla fine di marzo 12 iniezioni (da 1 cmc.). Lo stato generale è grandemente migliorato, tanto che oggi all'aspetto non si direbbe malata. Tosse quasi scomparsa. La dispnea nel correre, prima notevole, è oggi assai diminuita, e la bambina gioca pei campi continuamente. Persistono il soffio e gli altri segni di caverna, con pochi rantoli.

XI. — S... B..., anni 38, contadino. Forma molto vecchia ed avanzata di ambedue gli apici, senza però grandi escavazioni. Viso tumido e pallido. Ha fatto in passato molte volte cure prolungate e intensive con thiocol e trementina. Senza ora ripetere questi farmaci, pratico 15 iniezioni, il 4, 8, 13, 18, 21, 30 dicembre, il 4, 8, 23, 27 giugno, il 5, 9, 13 15, 19 febbraio. La tosse e l'espettorato diminuiscono in guisa mai raggiunta precedentemente. Il viso non è più tumefatto, le forze sono cresciute. P. 80, R. 20: non dispnea di profondità, nè subbiettiva.

Dopo un mese di sospensione, in cui diedi ancora thiocol e trementina, ho ripreso le iniezioni e ne ho fatte altre tre. Le condizioni si mantengono soddisfacenti.

XII. — V... A..., anni 21, contadina. Ha da tempo forti dolori addominali, per cui chiede di esser curata, dicendosi disposta se occorre all'operazione. Da sei anni ha anche tosse quasi continua, con escreato di solito scarso. Negli ultimi tempi è alquanto dimagrata. Entra in ospedale. Obbiettivamente mancano notevoli segni fisici al toracè: solo si avverte lieve ipofonesi e scarsi sibili all'apice sinistro. Pochissimo sputo muco-purulento, con talora lievi strie sanguigne, contenente bacilli tubercolari. All'addome segni patenti di rene mobile sinistro (manca l'ipofonesi lombare e si avverte il rene molto basso e dolente alla palpazione anteriormente). L'ammalata non presentò mai altri segni riferibili ad affezioni renali (urine sempre normali, ecc.). Si riscontrano quotidiane elevazioni di temp. di poche linee, 37°.2-37.°5, raramente 37°.7. Stato di nutrizione discreto.

Comincio con thiocol gr. 4 *p. d.* e pratico in un mese e mezzo di degenza 11 iniezioni. Esce il 22 dicembre con peso aumentato di kg. 3, tosse diminuita, escreato scomparso; ma la leggera febbre persiste uguale. I dolori addominali sono diminuiti assai.

Ambulatoriamente riceve in seguito fino ad oggi altre 17 iniezioni (in tutto 28), senza più prendere thiocol. Da più di un mese la temperatura, che l'ammalata prova con diligenza giornalmente, è tornata, salvo rare eccezioni, alla norma, la tosse è scomparsa. Anche i dolori addominali sono del tutto scomparsi. Si tralascia la cura.

Lo stato generale dell'ammalata è buono; essa accudisce a lavori anche gravosi, percorre una via di 5 km. per venire all'ambulatorio, senza mai provare dispnea o palpitazione. Ultimamente P. 68, R. 24, superficiale (coricata), ipofonesi cardiaca normale, toni normali, colorito non cianotico

XIII. — B... V..., anni 47, contadino. Ebbe in passato grave polmonite destra, con esito in ascesso polmonare. Dopo la cessazione totale della tosse e sputo stette bene per 13 mesi, ma poi riebbe vomica di catarro, che si ripetè due volte a pochi mesi di distanza. All'inizio della cura lo sputo è abbondante e contiene bacilli tubercolari. All'esame, per la sede evidentemente centrale della cavità, mancano di questa segni obbiettivi. Numerosi rantoli ed ipofonesi ad ambedue gli apici. Enfisema dei margini. Lieve dispnea. T. normale. Nutrizione discreta. L'estensione bilaterale dell'affezione, la quasi certezza di aderenze consecutive alla polmonite, ed inoltre le meschine condizioni finanziarie del malato, non rendono consigliabile la cura col pneumotorace.

L'ultima vomica s'era avuta nell'ottobre ed iniziai le iniezioni — nonchè somministrazione ad intervalli di trementina — il 20 novembre. Ne praticai 20 in 4 serie, di 5 iniezioni ciascuna eseguite alla distanza di 3 giorni, lasciando fra ogni serie un intervallo di 15 giorni. Dopo la 20^a iniezione la tosse e lo sputo erano quasi completamente cessati e l'ammalato stava benissimo allorchè d'improvviso, il 27 febbraio, venne colto da nuova vomica di catarro in forte quantità, seguito da febbre e dispnea.

Il 2 marzo ripresi le iniezioni e ne praticai altre 10, il 2, 4, 6, 9, 12, 16, 19, 23, 27, 30 marzo. La tosse e lo sputo scemarono rapidamente e scomparvero quasi del tutto. Pochi giorni dopo l'accesso l'ammalato potè riprendere il lavoro e, benchè spesso sia gravoso, vi accudisce regolarmente per tutta la giornata, talora cantando, e senza provar dispnea neppure negli sforzi, mentre in passato sempre l'avvertiva. Il suo colorito è normale, ha appetito. L'area cardiaca non appare aumentata, benchè non sia possibile una esatta delimitazione stante l'enfisema; il secondo tono non è maggiore della norma. Le ultime osservazioni del polso e respiro (in posiz. seduta) dànno: 72-20, 64-20, 80-22. L'ampiezza delle escursioni respiratorie è solo leggermente superiore alla norma.

Negli ultimi giorni il catarro è tornato in modica quantità, ma ora va di nuovo diminuendo.

POLMONITE.

In un bambino (XIV) laparotomizzato per peritonite tifica, in condizioni gravissime, essendo insorti contemporaneamente empiema toracico a destra e polmonite a sinistra, curai il primo con lavaggi ed iniezioni iodiche (senza fare la toracotomia), la seconda con 6 iniezioni endovenose di iodóformio: vidi dopo la terza iniezione sparire completamente e durevolmente il soffio e l'ottusità. L'esito infausto, per vomito incoercibile, s'ebbe più di 20 giorni dopo la polmonite.

In una donna (XV) di anni 58, assai debole, operata di resezione intestinale per ernia strozzata, la tosse ed il catarro preesistenti tosto s'aggravarono con dispnea. Dopo tre iniezioni erano scomparsi.

Una giovane (XVI) operata d'appendicite, con fistola stercoracea residua, e fistola toracica da empiema sinistro, fu colpita da embolia polmonare alla base destra. I sintomi minacciosi scomparvero presto, non così la febbre, che era in rapporto al ristagno nella fistola stercoracea. L'ammalata ricevette 20 iniezioni, dal 24 settembre al 3 dicembre: il P. e R., frequenti fin dal principio della malattia (140-160, 30-40) non subirono aumento, anzi ultimamente, essendo cessata la febbre e migliorata un pò la nutrizione, mostrano tendenza a diminuire. L'ammalata può ora, aiutata, alzarsi dal letto. Alla embolia è seguìta vasta caverna che, mentre si continua il thiocol, dà tosse rara e leggera.

In una donna (XVII) scomparve totalmente in venti giorni con 5 iniezioni e cura di thiocol una notevolissima epatizzazione alla base sinistra, relativa probabilmente a polmonite subacuta datante da due mesi.

Mi riuscì possibile, con 8 iniezioni, in una giovane (XVIII) che morì di setticemia, mantenere fino all'ultimo buone condizioni polmonari, mentre erano già apparsi soffio bilaterale e dispnea; ed ottenni lo stesso scopo (con 3, alla distanza di 8-10 giorni), facendo sparire la tosse che s'era fatta insistentissima, in un bambino (XIX), che operai per grave osteomielite, quasi due mesi or sono, ad ambedue i femori, ed è ora afflitto anche da largo decubito sacrale.

In un alcoolizzato (XX) con nefrite interstiziale, nel quale s'era stabilita una forma lieve e lenta di polmonite ed in cui aumentavano sintomi nervosi inquietanti, feci pochi giorni prima della morte, avvenuta con patenti segni di meningite, due iniezioni, alle quali non mi parve seguire stato di congestione polmonare od altra conseguenza dannosa. Perciò in un secondo caso di polmonite fibrinosa comune, in un contadino (XXI) di 55 anni, essendo apparso il delirio, ricordando d'altra parte che regna un maligno genio epidemico, dopo aver fatto inutilmente una iniezione endovenosa di electrargolo, mi decisi ad intervenire colle iniezioni di iodoformio.

Ne eseguii due da cmc. 1 ½ a 24 ore di distanza, le quali furono ben tollerate, e nel giorno appresso avvertii che il soffio bronchiale, e quasi totalmente anche l'ottusità erano scomparsi, la tosse assai diminuita. Frattanto persistevano il delirio cui si aggiunsero altri chiari segni di meningite, ma in pochi giorni anche questi diminuirono, mentre cadeva la febbre, ed ora l'ammalato è quasi convalescente. Insieme alle due iniezioni di iodoformio ne praticai anche due derivative di trementina alla Fochier, alle coscie, cui è seguita intensa reazione locale.

Nessuna delle iniezioni (poco meno di 300) fu causa d'alcun inconveniente immediato, Unico segno avvertito dal paziente fu spesso l'odor di iodoformio nell'alito.

Solo negli ammalati gravi di polmonite mi accadde di notare alla sera dopo la prima ed anche dopo la seconda puntura un aumento abbastanza notevole della febbre, della dispnea e del polso, non però tale da destare apprensione e che si dileguava nella notte, per dar luogo a condizioni soddisfacenti. Un leggero aumento della T. vespertina dopo l'iniezione, o nel dì seguente, si osserva spesso anche nei tubercolosi febbricitanti.

Appare con evidenza dalle storie narrate che una serie anche abbastanza lunga di iniezioni (10-15) è tollerata senza che insorga il minimo indizio di sofferenza a carico degli apparati circolatorio e respiratorio, onde possiamo credere che se nel tessuto polmonare avvengono alterazioni, queste sono tanto lievi e restano così facilmente compensate da permettere ancora una perfetta funzione.

È lecito credere che siano del pari tollerate serie più lunghe in modo indefinito?

L'embolismo dei piccoli vasi dà luogo senza dubbio a piccoli infarti: questi al certo, per le numerose anastomosi, si risolvono con grande rapidità, chè altrimenti apparirebbero i segni dello sfacelo con rantoli disseminati, aumento della tosse e conseguenze tanto gravi da rendere impossibile la continuazione del trattamento. Ma come si comportano i capillari nei punti colpiti dagli emboli? Si produce ivi la obliterazione permanente, e resta limitato così il letto vascolare, da condurre ad un certo punto l'asfissia?

Pur senza tener conto delle due ammalate n. 4 e n. 16, in cui la riduzione dell'area respiratoria e le cattive condizioni del circolo costituivano momenti tanto sfavorevoli da farci immaginare che il danno avrebbe dovuto rivelarsi rapidamente con cianosi, aumento della dispnea, ecc., ma in cui la valutazione del fenomeno si rendeva incerta per la gravezza delle condizioni, parmi non manchino nelle storie narrate esempi di tolleranza tali da porre in dubbio la realtà del pericolo. Voglio alludere specialmente ai casi n. 12 e n. 13.

Mentre in questi la cura si prolungava, sorvegliavo colla massima attenzione — pronto a sospenderla — l'apparizione del minimo segno d'intolleranza, nè mai questo apparve. Anzi, benchè abbiano raggiunto il numero di 28 e di 30 iniezioni, ambedue gli ammalati stanno benissimo, non provano mai affanno, neppure negli sforzi, si conducono in una parola come persone del tutto normali. Ora, non sembra facilmente ammissibile che un impedimento circolatorio notevole, quale dovrebbe esistere pel numero rilevante degli emboli intervenuti, non si renda palese almeno nel lavoro faticoso del secondo ammalato. E' noto dagli studi del Lichteim, Bernard, Le Play, Mantoux, Courmont che la vita è possibile anche con $^1/_4$ $^1/_6$ del tessuto polmonare normale, ma altro è possibilità di vita, altro è capacità di lavoro senza segni di insufficienza.

Può darsi che l'embolismo non colpisca i vasi più sottili, bensì s'arresti ove le pareti sono ancora tanto resistenti da non rompersi, ed in tal caso è quasi certo che il piccolo trombo, scioltosi in breve tempo il corpo estraneo che lo ha determinato, pur esso si riassorbe.

Se pure ammettiamo la rottura delle pareti vasali, possiamo sempre immaginare che, sparito l'embolo, il sangue stravasato si riassorbisca ed il lume del vaso si ripristini.

Infine nel caso di una vera distruzione permanente dei capillari non sembra impossibile la formazione *ex novo* di capillari respiratorii. Infatti il Da Fano studiando l'ipertrofia polmonare compensatoria in seguito all'estirpazione di un polmone, trovò nel polmone rimasto dilatazione dei vasi e dei capillari, e progressivo lento aumento dei setti alveolari, determinato da un reale accrescimento di fini vie sanguigne, nonchè di fibre connettivali ed elastiche.

Noi sappiamo del resto che la proliferazione e rigenerazione dei capillari è un fatto di cui la patologia offre innumerevoli esempi: basta pensare alla cicatrizzazione delle ferite, all'attecchimento degli innesti, alla vascolarizzazione della cornea. all'accrescimento dell'utero gravido, all' ipertrofia renale da nefrectomia, ecc., tutti esempi della somma plasticità, per così dire, di quest'ultima porzione dell'apparato vascolare. Perchè nel tessuto dei polmoni non dovrebbe accadere quel che avviene in tutti gli altri tessuti? Se l'embolismo distruggesse ad un tratto la maggior parte dei capillari, ad es., d'un muscolo, noi ne vedremmo l'atrofia, ma non v'ha dubbio che coll'esercizio funzionale quel muscolo tornerebbe allo stato primiero, riformando nel suo seno nuovi vasi: il polmone è tessuto più elevato del muscolo, ma non perciò è incredibile per esso un fenomeno somigliante. Invero i capillari, al pari delle ultime fibrille nervose, come organismi assai poco differenziati, hanno grande vitalità, grande facilità a proliferare e ricostituirsi; anzi nella guarigione delle ferite e nelle granulazioni la neo-formazione vasale avrebbe luogo, secondo R. Minervini, direttamente per sviluppo intercellulare.

Prendendo ora in esame gli effetti del trattamento sulle alterazioni morbose nella tubercolosi, è da notarsi anzitutto che quando l'estensione di queste è grandissima, come nel caso n. 2, la dispnea preesistente tosto si aggrava. Il fatto, se non erro, non va attribuito all'occlusione dei vasi, perchè questa è certo limitatissima dopo poche iniezioni, bensì alla reazione dei vasti focolai morbosi con relativa congestione collaterale (e rallentamento del circolo) come si ha nella polmonite. Il caso n. 4 prova che la supposizione non si allontana molto dal vero perchè sarebbe inconcepibile la scomparsa della dispnea avutasi in principio, mentre la cura continuava: e raggiunse la 24ª iniezione.

Considerando le storie n. 4 e n. 8 rilevo il fatto che la morte accadde in ambedue con tubercolosi miliare generalizzata. Nel secondo caso manca l'autopsia, ma il miglioramento delle condizioni polmonari, ed altri dati, ci inducono nella stessa diagnosi. E' possibile che il trattamento in simili casi produca la

liberazione dai focolai di molti microrganismi e la loro entrata in circolo. Recenti studii, dimostrando la frequenza del bacillo tubercolare nel sangue (Ays-Nagy, Hilgermann e Lossen, Jessen e Rabinowisch); nel sudore (Piery), nell'urina (Romanelli e Schiaffino), anche in forme apparentemente ben localizzate, attestano la natura spesso setticemica dell'infezione tubercolare, e questa diffusione di germi potrebbe dall'embolismo medicamentoso essere favorita. Perciò nell'ultima malata grave che ho in cura (n. 9) procedo con molta lentezza e cautela.

Gli ottimi effetti nei casi in cui il processo morboso non è molto avanzato risultano chiaramente dalle storie.

E' assai probabile che anche con cure più lunghe di quelle da me compiute non riuscirà possibile l'occlusione delle grandi caverne, perchè i momenti causali che le mantengono, come è noto, sono in gran parte d'ordine meccanico, estranei al processo morboso fondamentale (Forlanini); ma per le caverne abbiamo il pneumotorace, la chirurgia polmonare, e — recentemente riproposte dal d'Amico — le iniezioni medicamentose dirette nel viscere. L'unione di tutti questi mezzi, nelle loro possibili e forse diversissime modificazioni potrebbe formar in avvenire un efficace baluardo all' imperversare della tubercolosi.

Nella pneumonite naturalmente in niun modo può preoccuparci la possibilità dell'occlusione duratura dei capillari perchè il numero delle iniezioni che possono occorrere è molto limitato. Eseguii fino ad ora le esperienze solo in malati a prognosi infausta, l'ultimo eccettuato, per la tema che mancando eventualmente la piena vittoria sul processo morboso, questo non venisse a complicarsi ed inasprirsi, anzichè risolversi, tema che a mio credere deve nutrirsi sopratutto a proposito della polmonite franca comune nelle prime giornate. Perciò nell'ultimo caso (XXI) ricorsi alle iniezioni soltanto allorchè lo stadio della malattia ne lasciava presumere non lontana la possibile crisi spontanea. Il pieno successo ottenuto permette la speranza che il mezzo valga anche come vera cura abortiva.

La via che Guido Baccelli additò, con acuta intuizione per far giungere i farmaci inalterati direttamente e rapidamente nel centro dell'organismo, conduce anzitutto ai polmoni, ed è logico tentare per essa la cura dei morbi che li affliggono. Già si riuscì col collargolo per iniezione endovenosa a far talvolta anticipare la crisi della polmonite, e prove analoghe vennero fatte con altre sostanze. L'avvenire potrà fornirci espedienti difficili oggi ad immaginare, — p. es., corpi liquidi atti a trasformarsi a contatto dell'ossigeno nei polmoni, spiegando ivi potere terapeutico, emulsioni con sostanze semisolide, ecc.

All'arduo tentativo ch'è oggetto di questa nota, all'embolismo medicamentoso, potrà mancare, nella sua forma primitiva, l'esito felice, ma lo studio dei problemi che al metodo si riferiscono e l'esperimento delle numerose modificazioni di cui questo è certo suscettibile, ci daranno forse il modo di evitarne i possibili danni, conservando i vantaggi: la sua almeno relativa innocuità, già dimostrata, ed il rilievo dei grandi effetti curativi, ottenuti con piccole dosi, sembrano indicare che la via non è senza promesse.

Lonato, 5 aprile.

Contributo alla terapia del reumatismo cerebrale col metodo Baccelli.

Per il dott. MANCUSI CARLO.

So di parecchi che hanno con successo esperimentato le iniezioni endovenose di sublimato nel reumatismo articolare acuto, anche con complicanze endocarditiche, come il Singer, il prof. Maragliano, il dott. A. Baudel, il dott. Filippo Felice, ma non so se il metodo Baccelli sia stato anche usato, prima di questa mia pubblicazione, nelle complicanze di reumatismo cerebrale.

Comunque io m'appresto a far noto il caso clinico seguente, che avrebbe avuto certamente esito infausto senza l'ausilio d'un rimedio così eroico, solo per mettere in evidenza la bontà e l'efficacia d'un tal metodo.

T. Cerm.... d'Antonio, d'anni 26 da Cicala, ha genitori viventi e sani, quattro fratelli e due sorelle che mai hanno sofferto malattie d'importanza tranne i comuni esantemi dell'infanzia. È un individuo di media statura, con sviluppo scheletrico regolare e musculatura anche bene sviluppata. Lavoratore instancabile, durante la sua permanenza in America non si risparmiò; sobbarcandosi ad ogni più dura fatica, non esclusa quella delle miniere.

Nulla nella sua anamnesi se si eccettua la natura del lavoro, dà ragione dell'attuale svilupparsi del morbo: non disposizione artritica, nè lesioni che abbiano potuto rappresentare la parte d'entrata dell'agente infettivo.

Messosi a letto due mesi dopo il suo ritorno dall'America, si presentò alla mia osservazione col quadro sviluppato del reumatismo articolare acuto.

Non indugiai a somministrare i rimedi del caso, dal salicilato di sodio per via interna alla cura topica (cloroformio, giusquiamo, ittiolo, impacchi d'alcool) e ai metalli colloidali: e già speravo di dover riuscire a buon porto, per il migliorato decorso del male; tanto più che nessun segno accennava alla complicanza d'un'endocardite; quando un giorno, il ventesimo dall'inizio, fui chiamato al letto dell'infermo, perchè questi avea cominciato a manifestare grande irrequietezza, mentre la temperatura s'era elevata a 40°.

Data l'eccitazione del paziente con qualche accenno a delirio, non tardai a convincermi di trovarmi dinanzi a gravi sintomi cerebrali; per cui prescrissi la vescica di neve sul capo, il sanguisugio alle mastoidi e qualche moderatore nervino.

Inutile però; perchè la temperatura continuò ad elevarsi; mentre accanto ai deliri insorgevano sintomi irritativi motori, con convulsioni generali: fu in uno di questi momenti che l'ammalato tentò di mordersi, riuscendovi in parte.

Urgeva per tanto sollecitamente por riparo al fatale andare del male; ed io senza esitazione ricorsi alle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo.

Incominciai con 2 mmgr. il primo giorno e 3 mmgr. il secondo, seguii con ½ cgr. il terzo e 1 cgr. il quarto, visto che nessun miglioramento accennava. E fu bene avere insistito con alta dose; perchè i primi indizi di miglioramento incominciarono ad aversi subito.

Infatti la temperatura scese a 39° mentre prima s'era mantenuta costante a 41°, il polso incominciò a regolarsi ed a subentrare la calma. Non ristetti e continuai nella somministrazione del rimedio; tanto più che, avendo esaminato di tanto in tanto l'urina, non vi avevo riscontrato modificazione di sorta. L'iniezione era ben tollerata e il miglioramento continuò: si promosse la diuresi abbondante, s'iniziarono sudori profusi e alla 6ª iniezione il malato poteva dirsi fuori pericolo.

La quantità di sublimato iniettata era stata di 30 mmgr. in 6 giorni e la sua azione così evidente che nessun rimedio, credo, avrebbe potuto averne una più rapida, completa e scevra d'inconvenienti. Quale sia poi il meccanismo di questa azione, diversi ricercatori hanno cercato d'indagare; e mentre alcuni credono ad un aumento nel sangue dei leucociti; ed altri ad un aumento nel siero degli anticorpi; il prof. Baccelli ritiene che grande importanza debba attribuirsi invece al potere bivalente del sublimato sperimentantesi direttamente sia contro i microrganismi che contro le loro tossine.

Cicala, 8 giugno 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

VIII Congresso Nazionale di Pediatria.

Bologna 21-26 settembre.

Nel numero precedente abbiamo dato la cronaca della *prima giornata* di questo Congresso, parlando della sua inaugurazione, del suo programma e del nuovissimo ospedale pei bambini sorto in Bologna.

In queste righe daremo un elenco delle discussioni scientifiche del Congresso medesimo. La *seconda giornata* si è aperta con un saluto del prof. Haiech al prof. Comba, che per regolamento abbandonava il suo posto di presidente dell'Associazione italiana di pediatria, da lui tenuto con competenza ed interessamento amoroso. Il saluto venne calorosamente condiviso da tutti i congressisti, i quali applaudirono pure al prof. Concetti di Roma che venne nella prima giornata nominato all'unanimità nuovo presidente.

Si passa quindi alla lettura del primo argomento: *i disturbi della nutrizione nei lattanti al seno.* I relatori ufficiali, Francioni e Spolverini, lo svolgono con un forte contributo di studi e di esperienze personali, corredato da tavole illustrative e di dettagli fotografici. La discussione che ne segue è assai nutrita, e ne ha gran parte il prof. Pacchioni, il quale commenta anche alcuni recenti studi di Finkelstein e Czerny, giudicandoli troppo unilaterali.

Seguono poi dodici comunicazioni, ognuna letta dal proprio autore, ed ognuna fatta oggetto di commento o di chiarimenti da parte dei congressisti, e degli autori medesimi. Si segnalarono quelle del Pincherle di Bologna, *sull'uovo nella alimentazione del lattante;* dell'Allaria di Torino, *sul contenuto acetonico dei tessuti di lattanti morti per malattia della nutrizione;* del Valagussa di Roma *su 1955 cutireazioni;* del prof. Concetti, *sulle forme agenesiche congenite del sistema nerveo-muscolare;* del Cozzolino di Cagliari, *sulla idiozia mongolica,* ed altre.

Vi fu poi un'adunanza della *Lega nazionale per la protezione della prima infanzia,* in cui si discusse lo statuto e il regolamento e si nominò il Consiglio direttivo permanente, riuscendone presidente il prof. Comba.

In fine della giornata fu offerto ai Congressisti un sontuoso banchetto dal Municipio di Bologna.

La *terza giornata* venne tutta occupata per la gita a Ravenna e a Rimini onde visitarvi gli Ospizi marini. I congressisti ebbero ovunque festose accoglienze, e con una sottoscrizione provvidero a due letti nell'ospizio marino bolognese

da intitolarsi alla memoria dei compianti professori Mya e Fede.

La seduta antimeridiana della *quarta giornata* viene occupata dalla discussione del tema ufficiale: «*Le ghiandole a secrezione interna nella patologia infantile*», tema di un grande interesse, riferendosi a studi recenti e ancora molto discussi, e sui quali i relatori prof. Simonini dell'Università di Modena e prof. Cattaneo dell'Università di Parma hanno dettato un volume di circa 400 pagine.

Dopo le comunicazioni sullo stesso argomento delle secrezioni interne, del dottor Fiore che ha presentato studi originali sul timo, del prof. Mensi che illustrò casi di diabete, del prof. Pincherle che parlò dei reperti istologici in un caso da lui osservato di tetania, del prof. Simonini e del dott. Nizzoli sulle variazioni dell'acido fosfocarnico dei tessuti in rapporto all'ablazione della tiroide, si aprì la discussione sulle relazioni.

Il prof. Pacchioni ha espresso brillantemente la sua concezione in rispetto alle secrezioni interne, per le quali egli pensa che non si debbano considerare isolatamente, ma come determinanti insieme una situazione armonica, che varia con l'età, ed è lieto che le ricerche del prof. Fiore abbiano esperimentalmente confermate le sue vedute. Si congratula coi relatori del poderoso lavoro.

Il prof. Concetti, presidente della Società di pediatria, elogiati i relatori, parla delle forme di alterazioni tiroidee nella clinica delle malattie infantili, argomento la cui conoscenza è dovuta in buona parte al lavoro della scuola del professor Concetti stesso.

Ai vari oratori risponde il professore Simonini, l'uno dei relatori, ringraziando e soffermandosi a parlare dei concetti che lo guidarono nell'estendere la sua parte. Parla egli della tiroide e delle paratiroidi, mandando un saluto al prof. Vassale, che fu suo maestro e che nella endocrinologia ha segnato una epoca indimenticabile. Illustra, rispondendo alle obbiezioni, il valore delle ricerche sulle ghiandole tiroidee, paratiroidi e timo e si riporta anche egli a un complesso plurighiandolare.

Il prof. Cattaneo — altro relatore ed oratore fecondo e fiorito — dice che l'interesse dell'argomento sta in ciò, che dallo studio di assieme di un materiale di osservazioni frammentario e spesso contraddicentesi risulta come sia ormai tempo di assurgere dai minuti particolari di singole ghiandole a delle considerazioni di assieme, quali le ha enumerate il prof. Pacchioni, e come egli ha insistito sulla sua relazione. Un complesso di organi a funzione più o meno ben nota, ma certo importante, domina tutta la funzione dell'organismo; ma lo sviluppo degli organi stessi e la potenzialità di secrezione, considerati nel loro assieme, rappresentano quell'elemento speciale ormonico quale ha ricordato il professore Pacchioni, elemento variabile nella età, ma variabile certo anche per condizioni ereditarie.

Il discorso del prof. Cattaneo, spesso interrotto da applausi, infine è coronato da una vera e propria ovazione, e da una serie lunga di congratulazioni vivissime.

La seduta pomeridiana si svolge al noto Istituto Rizzoli, nell'aula della Clinica ortopedica, ove vengono comunicati vari casi e studi interessanti, specie intorno alle malformazioni ossee dell'infanzia.

La *quinta giornata* è tutta occupata dall'argomento sulla *vaccinazione antivaiolosa*. Relatori ufficiali sono i professori Gagnoni per la parte teorico-scientifica, e Besti per la parte clinica. È presente anche il noto antivaccinista, prof. Ruata *senior*, il quale durante la discussione sostiene tre ordini di opposizioni: 1° ipotetica natura del vaccino e conseguente non dimostratane identità col germe del vaiolo; 2° confronti statistici fra popolazioni vaccinate e non vaccinate, con relative statistiche di non ottenuta immunità per il vaiolo mediante la vaccinazione; 3° illogicità della vaccinazione quando si ha alla mano il rimedio dell'isolamento.

Chiude la lunga discussione il presidente prof. Concetti, il quale porta pure nuovi dettagli in difesa della vaccinazione, uno dei quali è che 74 su 80 assicuratori inglesi (in Inghilterra non è obbligatoria la vaccinazione) richiedono la vaccinazione ai loro assicurati, ciò che è prova materiale di un valore che sorpassa gran copia di argomentazioni di altro genere.

Il Congresso, meno tre voti, approva il seguente ordine del giorno:

«I pediatri italiani riuniti a Bologna in VIII Congresso Nazionale, udite le relazioni dei colleghi professori Gagnoni e Berti, dopo una lunga discussione, convinti che la vaccinazione jenneriana rappresenti il metodo più sicuro ed efficace di preservazione contro il vaiolo, che la immunità dalla medesima conferita è solo temporanea, che taluni insuccessi verificatesi dipendono piuttosto dalla cattiva qualità del vaccino adoperato, fanno voti perchè la legge sulla vaccinazione obbligatoria venga scrupolosamente osservata ed imposta e che il Governo assuma a sè la fabbricazione o almeno il controllo rigoroso della produzione del vaccino».

Nella seduta pomeridiana vengono lette molte comunicazioni da vari congressisti.

La *sesta giornata* è occupata dalla gita a Modena per visitarvi l'Ospedale Infantile, e a Salsomaggiore, colla quale il Congresso finisce, lasciando un grato ricordo in tutti gl'intervenuti.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla genesi e sul significato delle cellule giganti.

Le cellule giganti costituiscono uno dei più interessanti e più discussi elementi di alcuni tessuti sani e patologici. Oltre alle cellule giganti del midollo osseo, che ne rappresentano il tipo nei tessuti normali, conosciamo quelle dei tessuti di neoformazione, di origine infettiva (tubercolo) o neoplastica (sarcomi) e del tessuto di granulazione o in quello colpito da degenerazione amiloide; infine le cellule giganti indotte dalla presenza di corpi estranei, specialmente di origine animale e vegetale (pseudotubercolosi).

Incerti e contradditorî sono i risultati a cui sono pervenuti gli autori studiando gli elementi dai quali possono trarre origine e seguendone il loro destino: in generale tuttavia la grande maggioranza degli AA. ammette che le cellule giganti rappresentino elementi attivi, progressivi, di alta vitalità. Ora, Cipollone e Bilancioni (*Pathologica*, a. V, 1913, n. 112) con lo studio di sette casi di polipi dell'orecchio medio — nei quali, come è noto, si trovano frequenti le cellule giganti — hanno potuto seguire la loro genesi, giungendo a risultati assolutamente opposti all'opinione accettata dai più: per essi le cellule giganti, almeno nei casi osservati, si debbono giudicare elementi caduchi, in fase regressiva e in energia decrescente.

Questo modo di vedere risulta dal meccanismo della loro genesi, per la loro topografia, per la loro forma, per le facili offese a cui sottostanno per opera del tessuto vicino, per le loro degenerazioni. Infatti non di rado a formare le cellule giganti concorrono, presso lacune ematiche che si vanno organizzando lentamente, elementi cellulari (fibroblasti) deviati dalla loro funzione di accrescere per proliferazione il tessuto connettivo; la fase nuova da loro assunta non è *progressiva*, ma *regressiva*, poichè rappresentano elementi che, per il cessato potere formativo, confluiscono fra loro e formano cellule polinucleate di debole vitalità.

Qnesta debole vitalità delle cellule giganti è dimostrata poi da altri caratteri, fra i quali si notano specialmente la loro forma irregolare, che spesso le fa somigliare a grosse zolle o brandelli di protoplasma disseminati di nuclei, l'indecisione dei loro contorni, la presenza di vacuoli nel protoplasma, la facilità con cui esse sono aggredite da fagociti, che esercitano su di loro un potere citolitico che va sino al completo riassorbimento. Talora interi gruppi di cellule giganti vengono invasi da sepimenti e travate di tessuto connettivalc giovane. In altri casi infine si osserva una degenerazione calcarea delle cellule giganti, le quali presentano nel loro interno scaglie e cristalli molto rifrangenti e lunghi aghi di sali calcarei; mentre nessuna traccia di simile degenerazione si vede negli altri elementi del tumore.

A. R.

CASISTICA.

Meningismo.

Sotto la denominazione di « meningismo », proposta dal Dupré, si intende un complesso sintomatico apparentemente eguale a quello della meningite, ma che tuttavia si differenzia nettamente da questa malattia, segnatamente per quanto riguarda l'etiologia e il decorso del quadro morboso.

I tratti caratteristici del menengismo (*pseudomeningite* di Bouchut, *meningitis sine meningitide* di Schultze) sono rappresentati da febbre, rigidità della nuca, iperestesia, cefalea, fenomeno di Kernig; nel liquido cefalorachidiano la pressione è normale o diminuita, ma talora anche aumentata; il liquido stesso è limpido, con scarse cellule, e non contiene batterii; la malattia guarisce senza lasciare alcun residuo.

Il meningismo non è una malattia a sè, ma una sindrome che può svolgersi nel corso di numerose affezioni, specialmente di origine infettiva. Sachs riferisce di aver rilevato segni di meningismo nel 4 per cento dei casi di scarlattina da lui osservati; in questi pazienti il liquido cefalo-rachidiano era limpido, conteneva scarsi elementi cellulari e nessun batterio, e la pressione di esso era, in genere, normale. La comparsa del meningismo durante il tifo è stata osservata da Laurel, Stursberg, Stäubli, Gennari, ecc.

Nella polmonite l'insorgere del meningismo è stato descritto da numerosi autori; anzi secondo Nobécourt esso potrebbe manifestarsi, oltre che nella pneumonite crupale, anche nelle broncopolmoniti. Il Kayser, su 500 casi di polmonite da lui osservati, ha potuto 13 volte stabilire la diagnosi di meningismo; 12 di questi casi si riferivano a bambini al disotto dei 12 anni.

Schottmüller ha descritto casi di meningismo nel corso di infezioni puerperali, morbillo, tosse convulsa. Taillens vide, in un bambino di due anni, i sintomi del meningismo scomparire im-

mediatamente dopo la emissione di nove ascaridi. Annaratone riferisce di aver osservato in un negro, ammalatosi con disturbi gastroenterici, l'insorgere di rigidità della nuca, vomito, contrattura dei muscoli addominali, nistagmo, stridore dei denti, rigidità pupillare, coma; l'autopsia fece rilevare, a carico delle meningi, soltanto segni di iperemia; nello stomaco fu trovata una grande quantità di ascaridi.

Dal punto di vista anatomo-patologico deve dirsi che è caratteristico del meningismo il reperto negativo a carico delle meningi; solo eccezionalmente è stata constatata in esse l'esistenza di iperemia o di edema.

La diagnosi del meningismo non presenta alcuna difficoltà; la distinzione fra meningismo e meningite è data dal reperto del liquido cerebrospinale. Danielopulo ha recentemente comunicato una reazione che non mancherebbe di un certo interesse pratico riguardo alla suddetta diagnosi differenziale; secondo questo osservatore, la emolisi prodotta mediante il taurocolato di soda verrebbe arrestata dal liquido spinale dei meningitici assai più che dal liquido estratto in casi di semplice meningismo.

La prognosi del meningismo è favorevole, giacchè a questo non seguono paralisi nè altri disturbi di origine cerebrale. Sembra anche che l'insorgere del meningismo non esplichi alcuna influenza nociva sul decorso della malattia infettiva sulla cui base esso si è stabilito.

La terapia è puramente sintomatica; talora la puntura lombare ha azione favorevole.

Intorno alla etiologia del meningismo gli autori non sono d'accordo. Alcuni infatti (Schottmüller, Zeidler, Bousquet, ecc.) ritengono che il meningismo debba venir messo direttamente in rapporto con l'infezione batterica; esso avrebbe dunque la medesima origine della vera meningite, da cui non differirebbe quindi che per il grado di intensità della affezione. Altri autori invece (Schultze, Kirchheim, Schröder, Sachs, ecc.) ritengono invece che i fenomeni del meningismo dipendano dalla azione delle tossine, e che quindi questo quadro sintomatico meriti di venir tenuto nettamente distinto dalla vera meningite.

(KAYSER. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1913, n. 22).

V. FORLÌ.

Sulla paralisi progressiva giovanile.

Rosenfeld (*Mediz. Klinik*, 1912, n. 44) osserva che i casi di demenza paralitica svolgentesi in soggetti giovani (sino al ventesimo anno di età) possono venir distinti in due gruppi, a seconda che la infezione sifilitica sia stata contratta nella prima infanzia, o che si tratti invece di vera forma ereditaria, in cui il virus sifilitico ha cominciato ad esplicare la propria azione fin dalla vita intrauterina.

Alcuni dei soggetti colpiti dalla paralisi progressiva giovanile presentano evidenti i segni della lues ereditaria.

Anche lo sviluppo intellettuale si mostra talora insufficiente fin dai primissimi anni; sicchè, quando si rendono poi manifesti i segni della paralisi progressiva, riesce talora difficile il distinguere ciò che dipende da deficiente sviluppo da ciò che è in rapporto con successiva diminuzione della intelligenza.

Il quadro clinico non differisce sostanzialmente da quello della paralisi progressiva degli adulti. Maschi e femmine vengono colpiti in numero pressochè eguale; la malattia inizia ordinariamente nel periodo della pubertà; gli infermi non sono più capaci di svolgere i loro compiti scolastici e perdono ogni traccia di vivacità intellettiva. Possono anche svolgersi stati di depressione e di eccitamento; idee deliranti di persecuzione e di grandezza con la assurdità caratteristica della malattia in discorso; allucinazioni visive ed acustiche; irritabilità, impulsi. Dal punto di vista somatico possono osservarsi: accessi convulsivi con perdita completa della coscienza, ed altri, più lievi, con i caratteri della epilessia Jacksoniana; attacchi apoplettiformi, cui possono seguire emiparesi; sintomi tabici (Froelich trovò, su 50 casi di paralisi progressiva giovanile, 10 soggetti in cui i rotulei erano aboliti); movimenti coreiformi; disturbi nell'equilibrio e nella deambulazione i quali indicano una partecipazione del cervelletto; disturbi afasici e aprassici; fenomeni pupillari, nistagmo, strabismo e atrofia dei nervi ottici; disturbi vasomotori con i caratteri dell'acronevrosi e dell'acrocianosi.

L'esame del liquido cefalorachidiano fa rilevare i reperti obbiettivi abituali della paralisi progressiva.

La diagnosi non presenta, in genere, difficoltà; talora però è necessario differenziare la paralisi progressiva giovanile dalla sifilide ereditaria. Inoltre è da tener presente che nelle forme di paralisi giovanile legate a sifilide ereditaria, oltre alle alterazioni anatomiche caratteristiche che corrispondono a quelle della demenza paralitica degli adulti, si riscontrano anche, nel sistema nervoso centrale, malformazioni e arresti di sviluppo in rapporto diretto con la sifilide ereditaria.

Dal punto di vista terapeutico, il medico può dirsi completamente disarmato; le cure specifiche non hanno dato infatti nessun risultato soddisfacente.

V. FORLÌ.

TERAPIA.

La terapia dell'eclampsia.

La causa vera dell'eclampsia ancora non si conosce: forse esistono diversi fattori etiologici. L'agente tossico non si può escludere: esso circolerebbe nel sangue e varierebbe nella sua azione nei diversi casi: esso avrebbe un effetto nocivo sul fegato e sui reni e da ciò risulterebbe accumulo ancora più forte nel sangue di tale elemento tossico.

Quanto alla prognosi ognuno sa che l'eclampsia è una malattia gravissima: la mortalità oscilla dal 20 al 30% ed è maggiore nelle multipare. A gravidanza inoltrata è minore che all'inizio. Anche la mortalità fetale è molto elevata e maggiore di quella materna.

Sulla terapia di questo stato morboso si diffonde il Nagel (*Berl. Klin. Woch.*, n. 24): egli sostiene che con una cura adeguata dell'affezione renale (che costantemente coesiste coll'eclampsia ed anzi ne precede l'insorgenza) si può evitare lo scoppio delle convulsioni. Una donna gravida con albuminuria deve esser messa a dieta lattea. Per evitare la nausea è opportuno aggiungervi acqua di soda o bicarbonato sodico, ma sopratutto è necessaria una accurata *toilette* orale per mezzo dell'acqua ossigenata o di qualche sostanza aromatica. Si può inoltre, come nelle altre affezioni renali, ricorrere ai diuretici, ai bagni, agl'impacchi caldi, ai purganti. Il riposo in letto è indicato solo nei casi gravi, anzi nelle giornate calde si può permettere pure qualche piccola passeggiata all'aperto, purchè la paziente porti una maglia di lana. Il coito deve sempre proscriversi.

La terapia dell'eclampsia aveva come unico scopo di troncare gli accessi e di accelerare il parto. Il Dührssen fu il più strenuo difensore dell'interruzione della gravidanza, basandosi sul fatto che gli attacchi convulsivi cesserebbero di regola subito dopo espletato il parto. Però le numerose statistiche recenti parlano contro un tal modo di vedere. Il Traube e Rosenstein sostenevano che non è tanto il parto per sè che fa cessare gli attacchi eclamptici quanto la sottrazione di sangue e perciò erano fautori del salasso. Quello che è però ammesso universalmente è che i narcotici e sopratutto il cloroformio e la morfina hanno un'azione efficacissima nel troncare gli attacchi convulsivi. Il metodo di Gusserow è oggi molto adoperato e con successo: egli ricorre anzitutto alla narcosi cloroformica che non deve essere molto profonda, ma solo che basti a troncar l'attacco.

Se si può provocare il parto senza difficoltà è opportuno particarlo: se non è possibile, è opportuno praticare la narcosi per 6-8 ore. Poi si somministra idrato di cloralio in dosi di 2 gr. ogni due ore, possibilmente per via rettale, così si può continuare la narcosi per altre oltre 12 ore, tentando se è possibile di provocare il parto ad ogni modo dopo un tale periodo si deve interrompere la narcosi.

Durante le narcosi si favorisca la diaforesi con bagni od impacchi caldi aumentando la temperatura gradualmente da 28° a 35°; per evitare un attacco convulsivo si continui a tenere l'inferma bene coperta per tutto il periodo della narcosi.

Come diuretico è utile la proctoclisi. Contro la dispnea e la cianosi sono indicate le inalazioni di ossigeno.

Lo Stroganoff è sostenitore del metodo conservativo, che si può riassumere nei seguenti paradigmi:

1. Evitare tutti gli stimoli esterni; che la malata sia nella massima tranquillità.
2. Uso di narcotici: egli adopera il cloroformio solo per troncare gli accessi, altrimenti usa morfina per iniezioni o cloralio idrato per clisteri alternati.
3. Parto rapido ma non forzato (forcipe, rivolgimento).
4. Evitare le broncopolmoniti cambiando spesso di posizione alla paziente e mediante una accurata igiene della bocca. Evitare il collasso con cardiocinetici o mediante la proctoclisi. Favorire le funzioni renali e quella dell'emuntorio cutaneo e intestinale.

Le statistiche dei casi trattati col metodo su esposto sono molto confortanti ed incoraggiano nel continuarlo ad usare scrupolosamente e su larga scala.

P. A.

Inconvenienti e pericoli dell'uso delle laminarie nella pratica ginecologica.

Nella maggior parte dei casi in cui occorra dilatare il collo dell'utero, le laminarie sono per il medico pratico il mezzo preferito. Ma trattandosi di manovre enduterine, queste devono essere praticate con grandi precauzioni. Fra gli inconvenienti che possono derivare dal loro uso, son quelli d'ordine meccanico dipendenti da introduzione insufficiente o eccessiva della laminaria attribuibili a difetti di tecnica. Inoltre si può avere la cosidetta dilatazione a clessidra, che crea difficoltà d'estrazione considerevoli. A volte la laminaria si rompe nel punto ristretto del canale cervicale durante l'estrazione della laminaria stessa, e a volte per questo si è dovuto praticare l'isterotomia cervico-vaginale.

Sono poi molto più pericolosi gl'inconvenienti d'ordine flogistico.

Dopo l'introduzione d'una laminaria, si può avere reazione flogistica della mucosa uterina, che facilmente si estenderà alle trombe ed al peritoneo pelvico, se questi erano stati precedentemente malati. La laminaria rigonfiandosi costituisce un ostacolo al deflusso dei secreti endo-uterini: per questa stasi, se l'utero contiene dei germi patogeni, specialmente se vi esista un'infezione latente, si esalterà la virulenza di questi germi.

Non è il caso di proscrivere l'uso delle laminarie dalla pratica ginecologica in modo assoluto; ma è certo che la metrite acuta o sub-acuta, con o senza secrezione purulenta, l'annessite, la pelviperitonite, costituiscono vere ed assolute controindicazioni all'applicazione delle laminarie. Si potrebbero avere delle reazioni flogistiche gravissime dalle quali si è stati costretti delle volte ad interventi mutilanti, e che possono anche avere esito letale. *p. s.*

(*Journal des Praticiens*, 3 maggio 1913).

Ricostituzione della vagina.

Quénu fa un rapporto alla Società di chirurgia, nella seduta del 12 marzo 1903, su due casi di ricostituzione della vagina.

Nel primo il dott. Schwartz fece un'operazione alla Baldwin: scollamento perineale, tra la vescica ed il retto, introduzione di una pinza nella ferita, laparotomia, ricerca di un'ansa del tenue, resezione dell'ansa, sutura dell'intestino, presa dell'ansa resecata dalla pinza che la tira nella ferita, piegata in due, quindi sezione della separazione in modo da formare un solo canale.

Il risultato dell'operazione fu ottimo: l'operata, giovine di 23 anni, si è maritata, e i rapporti coniugali si compiono con soddisfazione di entrambi i coniugi.

Nel secondo caso, operato dal dott. Rénon, fu seguito lo stesso processo con esito soddisfacente.

M. Quénu ha raccolto in tutto nella letteratura 14 osservazioni, seguite da successo. Quest'operazione rende un gran servigio a delle povere infelici ridotte dalla malattia a « senza sesso ».

D. O.

IGIENE

La morte profumata.

Non si può certamente negare quanto l'umanità intera debba alla scoperta del potere disinfettante di alcune sostanze ed alla diffusione del loro uso. Prima dell'epoca nostra e solo una cinquantina di anni fa, quando ancora tali cognizioni non si avevano, la mortalità per malattie e per infezioni sopraggiunte alle ferite ed alle lesioni le più leggiere era straordinaria ed a ragione gli ospedali, e specialmente quelli chirurgici, erano considerati come luoghi dove si andava a morire. Attraverso i tessuti, messi allo scoperto dalle lesioni le più insignificanti, penetravano dall'esterno i germi più virulenti delle suppurazioni e la maggior parte dei malati cessava di vivere per eresipela o per le varie forme di gangrena.

Ma per fortuna dell'umanità ed a salvare il prestigio della scienza medica, venne la scoperta dei disinfettanti e subito la mortalità per infezioni seguenti a ferite, discese di tanto che oggi è giustificato l'inquisire sull'operato del medico quando il fatto si verifica. Un risultato più utile e più brillante era certo difficile sperarlo. Nè, come tanto spesso accade, la cosa lasciò sussistere dei dubbi o la sua conoscenza restò limitata nel campo medico. Anzi, l' « elogio del disinfettante » divenne di moda e non contenti di riempirne le quarte o le ottave pagine dei giornali, è salito agli onori dell'articolo di fondo. Il mondo è affetto da mania disinfettatrice e tale stato di animo è brillantemente dimostrato da una *réclame* di una Casa produttrice che rappresenta il globo terracqueo sul quale da una bottiglia viene versato un disinfettante e con sotto la scritta « Il mondo è infetto: disinfettiamolo ».

A chi consideri la cosa solo superficialmente e non si soffermi a considerarne le particolarità, potrà forse sembrare che questa follia microbicida, questa lotta accanita e, nell'intendimento di chi la combatte, sterminatrice di qualsiasi genere di microrganismi debba certamente produrre risultati di una utilità indiscutibile. Nè certo a costui potrà venire in mente che, anche ammettendo l'esagerazione e lo sciupio del disinfettante, una pratica di disinfezioni così estesamente adoperata possa dare luogo a risultati dannosi.

Non così però vanno le cose ed a farcene convinti basta pensare al modo col quale i disin-

fettanti debbono essere usati affinchè siano utili ed al modo col quale in pratica effettivanente si usano.

Affinchè un disinfettante raggiunga lo scopo di uccidere i microrganismi che è destinato a combattere, è necessario che esso sia posto a contatto di questi microrganismi e che vi sia mantenuto il tempo necessario per manifestare la sua azione.

Mancando queste condizioni, la reazione fra il disinfettante e le sostanze costituenti il corpo del microrganismo non si avvera e della disinfezione non rimane che l'apparenza. E tutto questo naturalmente ammettendo che il potere microbicida del disinfettante sia reale e dimostrato un po' meglio che colle semplici affermazioni contenute nell'etichetta.

Vediamo ora come nell'abuso giornaliero dei disinfettanti si tenga conto delle condizioni suddette. Vengono i disinfettanti posti a contatto dei microrganismi? Ecco come, presente un'autorità che approvava, ho veduto procedere alla disinfezione di un cinematografo. 1° tempo: Spruzzamento qua e là del terreno con acqua ed esportazione per mezzo di una scopa dei pezzi di carta e degli avanzi di sigaretta, di buccie di arancio, ecc.; 2° tempo: Sollevamento per mezzo di spazzole e di bacchette della polvere esistente sulle sedie e sulle loro spalliere; 3° tempo: Ricaduta sulle sedie della polvere sollevata da esse e dal pavimento; 4° tempo: Spruzzamento qua e là sul terreno di una soluzione di lisolo.

E questo è tutto. La soluzione di lisolo o di altra sostanza più o meno odorosa dovrebbe avere la virtù di penetrare nella immensa quantità di polvere rimasta per ogni dove ed accumulata in tutti gli angoli, attraversare lo strato di sputi che, più o meno solidificato, ricopre tutto ed uccidere i microrganismi. Povero ed innocente lisolo! Eppure sua e di tutte le numerose serie dei disinfettanti suoi pari che si trovano in commercio è la colpa di questa mistificazione di disinfezioni!

Che cosa farebbe una buona e pulita massaia se, non illusa da un telepatico e misterioso potere dei disinfettanti, dovesse provvedere alla pulizia di un ambiente? Incomincerebbe prima di tutto dal raschiare tutte le sudicerie aderenti al pavimento, alle pareti ed ai mobili; poi, bagnando ogni cosa, asporterebbe cautamente tutta la sudiceria raccolta e tornerebbe a risciacquare il pavimento. Certo con questo sistema nessun microrganismo verebbe ucciso, ma verrebbero allontanati; il che, per chi entra nell'ambiente, fa perfettamente lo stesso. E poi, che odore di pulito!

Ed invece colla nostra cieca fiducia nell'azione dei disinfettanti che, a guisa di radium meravigliosi, appena introdotti in una stanza o versati in un cesso dovrebbero immediatamente distruggere tutti i germi contenuti nell'appartamento e nella fogna fino al mare, noi trascuriamo la pulizia che è la base prima e più sicura di qualsiasi disinfezione e non facciamo altro che sovrapporre l'odore più o meno piacevole del disinfettante a quello disgustoso della sudiceria. I germi restano; ma non offendono le nostre narici e se debbono far sorgere in noi malattie e la morte, non avremo il diritto di lagnarci; sarà, come nella Pisanella di D'Annunzio, la morte profumata.

S. SANTORI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(161) *Sulla cheratosi blenorragica.* — Il dott. G. O. da Cagliari scrive:

« Chiedo per favore indicarmi che cosa sia la *cheratosi blenorragica* studiata ultimamente da Fiessinger e Durand (*Paris Médical*, 8 marzo) ».

La cheratosi blenorragica sopravviene durante il corso di blenorragie con manifestazioni extragenitali multiple e gravi (p. es. artropatie), in genere nelle prime settimane dell'affezione. Alcuni le considerano come una manifestazione nervosa di origine midollare: è più probabile che si tratti di un accidente infettivo dovuto ad una virulenza del gonococco ed alle peculiari condizioni dell'infermo (cachessia, immobilità a cui l'infermo è obbligato per gli apparecchi immobilizzanti nel caso di artriti blenorragiche e che non gli permette di attendere ad una scrupolosa pulizia della persona, ecc.).

La cheratosi blenorragica è più frequente ai piedi ed alle mani, si sviluppa rapidamente, rimane stazionaria per alcune settimane e poi rapidamente scompare. Le lesioni anatomiche rassomigliano alquanto a quelle delle vegetazioni papillari genitali che così spesso accompagnano la blenorragia.

Clinicamente si presenta sotto forma di rilevatezze dure, giallo-brunastre, sulla faccia dorsale delle dita dei piedi e delle mani, o di placche più o meno estese, dure e spesse, della palma delle mani e dei piedi (v. Dubreuilh in *Pratique dermatologique*, vol. II, p. 949).

La cura consiste nell'energico trattamento dell'uretrite, nell'uso di preparati tonici, nell'allontanare, per mezzo di cataplasmi, pomate saliciliche, ecc. le masse cornee.

V. MONTESANO.

(162). *Sulla cura del tracoma.* — Pregola usarmi la cortesia d'indicarmi la migliore cura contro la congiuntivite granulosa nei suoi diversi stadi.

Plati, 28 agosto 1913.

Abbonato F. Zappia.

Noi non conosciamo ancora alcuna sostanza che abbia azione specifica sulla congiuntivite granulosa; ma abbiamo una buona quantità di mezzi medicamentosi vari, che ci permettono di lottare con successo contro l'estendersi del processo granuloso, e anche di farlo scomparire, ad una sola condizione: che la loro applicazione sia ripetuta per molto tempo, anche dopo la scomparsa apparente di ogni lesione congiuntivale.

Ogni cura di congiuntivite tracomatosa deve prefiggersi il doppio scopo di rimuovere gli attacchi infiammatori e l'aumento di secrezione che è ad essi legato, e favorire la risoluzione della ipertrofia congiuntivale. L'uno e l'altro si ottengono con l'uso razionale dei caustici, fra i quali si dà la preferenza al nitrato d'argento in soluzione al 2 per cento, ed al solfato di rame in lapis. Il nitrato d'argento si adopera nei casi recenti accompagnati da fenomeni infiammatori gravi e da abbondante secrezione; il solfato di rame è più utile quando trattasi di agire contro la ipertrofia congiuntivale.

Nell'ultima fase (tracoma cicatriziale) sono utili e bene accetti dai malati i colliri astringenti in glicerina, quale il glicerolato tannico al 3 per cento, che si può usare continuamente anche per molti anni.

Quando alla lesione congiuntivale si accompagnano complicanze corneali (infiltrati, ulceri), è da astenersi completamente dall'uso del lapis di solfato di rame, e da servirsi con precauzione delle pennellature di nitrato d'argento al 2 per cento, neutralizzando immediatamente l'eccesso con soluzione di cloruro di sodio al 5 per cento, onde evitare che esso venga a contatto con la cornea.

Evitare sempre qualsiasi maltrattamento della congiuntiva (cura chirurgica), molto più dannoso della malattia stessa per le cicatrici ancora più deformi che produce, e che sono sempre causa di gravi complicazioni lontane (entropion, panno corneale, ulceri, ecc.).

E. BARTOLOTTA.

(163). *Medici fiduciari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Favorisca rispondere sul giornale al seguente quesito:

Quali sono le norme che regolano le nomine a medici fiduciari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni?

Qual'è il relativo stipendio, o indennità, o provento fisso?

Ringraziando sono dev.mo

Dott. U. Ferraris
abbonato.

A quanto ci consta, non vi sono norme speciali che stabiliscano criteri assoluti per la scelta di questi medici. Fino ad ora sono stati preferiti i medici fiduciari di Compagnie assicuratrici le quali avevano ceduto il loro portafoglio allo Stato. Del resto non sono mancati lamenti, recriminazioni e proteste.

V. FORLÌ.

(164). *Corsi sulle malattie tropicali.* — Sarei molto grato se a mezzo della rubrica « Risposte a quesiti e domande » mi si potesse informare in quali mesi si tiene a Bruxelles e, credo, anche a Parigi, un corso speciale per *le malattie tropicali* — e quali modalità occorrono per l'inscrizione (domanda, tasse, ecc.).

Dott. Gino Delogu.

A Bruxelles nella Scuola di medicina tropicale si tengono ogni anno tre corsi di lezioni, che durano dieci settimane ciascuno: 15 ottobre-31 decembre; 15 gennaio-31 marzo; 1° maggio-15 luglio. L'insegnamento è gratuito. Gli stranieri possono esservi ammessi in qualità di allievi liberi; le domande vanno dirette al Ministro delle colonie a Bruxelles, il quale delibera l'accettazione caso per caso.

A Parigi esiste un Istituto di Medicina coloniale annesso alla Facoltà: in esso si tiene ogni anno un corso, che comincia in ottobre e termina in decembre.

Vi sono per gli stranieri delle limitazioni per ciò che concerne l'ammissione al corso: essi devono avere la laurea in medicina conseguita in una Università francese, ovvero, se sono laureati in Università straniere, la laurea dev'essere riconosciuta dalla Facoltà di Medicina di Parigi. Al momento dell'iscrizione bisogna versare 180 franchi.

D.

(165) *Esame dei sedimenti urinari.* — Sarei grato se nella « Posta degli Abbonati » volesse enumerare e descrivere differenziandoli i sedimenti delle urine, che si vedono ad occhio nudo.

Con stima Abbonato n. 7464.

Enumerare, descrivere e differenziare i sedimenti macroscopici delle urine non è compito di questa rubrica. Ella potrà ritrovare quanto desidera nei comuni trattati di semejotia (Sahli-Schmidt e Luthie per es.) o nei trattati speciali (il Reale p. es. è ottimo); nel capitolo « Colore e trasparenza » e nei singoli capitoli fosfati urati, carbonati, pus, ecc. sono esposti largamente i particolari per la diagnosi differenziale fisico-clinica e quando sia necessaria microscopica.

t. p.

(166) Chiedevo se per cortesia, poteva indicarmi qualche libro in lingua italiana o francese che trattasse la cosmesi del viso.

Dopo 20 giorni di silenzio rinnovo la preghiera, sperando che la rinnovazione abbia una risposta sollecita.

Dott. Giovanni Masnaga
abbonato 8368.

Oleggio.

Nel trattato di terapia delle malattie della pelle di G. Jassner (Unione tipogr. editrice Torino) vi è un'appendice sulla cosmesi della pelle con analogo ricettario. Si consulti pure: Nicolas et Jambon. *Hygiène de la peau et du cuir chevelu.* Paris, Baillière et fils. V. M.

(167) Il dott. Luigi Gatta di Serracapriola (Foggia) scrive:

« Abbia la cortesia d'indicarmi, se crede, nella Posta degli abbonati, un trattato clinico sull'*arteriosclerosi*, sue diverse forme e localizzazioni, nonchè un trattato speciale sulle *malattie di cuore* e del *tubo digerente*, sia d'autore italiano, sia di autore straniero, intendo sempre trattato *clinico* ».

Scorra la rubrica dei cenni bibliografici troverà quanto chiede. R. B.

(168). Prego cotesta Redazione volermi usare la cortesia di indicarmi nella rubrica *ad hoc* del *Policlinico* il significato di *airepsia* che adopera il prof. Rubino nel suo formulario terapeutico pag. 99.

Ringrazio sentitamente e presento i miei ossequi

Abbonato 4503.

Airepsia (da α privativo e δρέψις nutrizione) significa « deficiente nutrizione ». Questo termine si applica in specie ai lattanti in stato di grave deperimento consecutivo a disturbi della digestione.

R. B.

(169) Dott. O. C. abb. n. 7341.

Non diamo consultazioni a distanza.

VARIA

L'ultima malattia di Napoleone. — Un nuovo studio sull'ultima malattia di Napoleone è stato pubblicato dal dott. A. Chaplin (1). Esso è condotto con obbiettività ammirevole.

Riveste non soltanto interesse storico, ma anche scientifico e medico.

Rileviamo a titolo aneddotico che Napoleone aveva un disprezzo illimitato pei medici e si ribellava a tutte le loro cure. Poichè i medici non sapevano spiegargli esaurientemente le cause dei suoi mali, non riusciva a concepire che potessero curargli.

Maggiore fiducia egli riponeva nei chirurghi, perchè « lavorano al chiaro ».

Una volta, a Sant'Elena, sollecitato dal dottor Antommarchi (medico côrso scelto dalla famiglia di Napoleone), egli si decise a prendere un emetico. Questo « fruttò » molto, ciò che era naturale, poichè lo stomaco del paziente si trovava in stato d'ipersensibilità; ma Napoleone stette malissimo e non esitò a qualificare il suo medico di « assassino »!

Sembra certo che a Sant'Elena Napoleone fosse assistito da medici meno che mediocri, i quali non capirono gran che del suo male fino a quando non eseguirono l'autopsia.

Il loro nome sarebbe da lunga pezza dileguato, se non fosse rimasto associato nella storia a quello di Napoleone.

Del resto i sovrani in genere hanno ben poco da elogiarsi dell'assistenza medica che viene apprestata loro durante gli ultimi istanti. Guglielmo I moribondo esclamava, riferendosi ai medici: « Zu viel Menschen! », troppa gente! E Macaulay narra che alla morte di Carlo II erano presenti quattordici medici i quali si contraddicevano l'un l'altro e contraddicevano sè stessi...

Si direbbe che la scienza medica, già abbastanza incerta, dia il tracollo sotto il peso di una responsabilità insolita.

Nel caso di Napoleone la situazione dei medici veniva resa ancora più difficile da motivi politici.

È così che mentre Antommarchi, medico di fiducia, era portato ad esagerare le tinte, i medici inglesi O'Meara, Stockoe e poi Arnott s'indussero a porre la diagnosi di un semplice stato di « impressione psichica », la quale convalidava la credenza — cui teneva il governo inglese — che Napoleone fosse ospitato in un *paradiso terrestre!* L. P.

(1) A. CHAPLIN, M. D. *The Illness and Death of Napoleone Bonaparte.* 1 vol. in-16° di pag. 112, con 3 illustrazioni. London, Hirschfeld Brothers, Ltd., 1913. Prezzo: 2/6.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

ERMS W. B. **Malaria: cause and control.** The Macmillan Company. New-York, 1913.

E' un breve ma pratico libro. L'A. si propone di provare quanto lo Stato di California ha guadagnato colla lotta antimalarica, e di illustrare la via e il metodo per cui è riuscito nell'impresa splendidamente così da liberare la vasta e incantevole regione dalla malaria. Si è raggiunto l'intento con la lotta contro l'*anopheles*. Dalle nozioni zoologiche ai minimi particolari di propaganda e di legislazione tutto è esposto con obbiettività, con chiarezza, con fede.

E valga il buon esempio a innamorare i dirigenti d'altri paesi. Così il libro di Herms è una buona azione.

a. v.

G. SANARELLI. **Tubercolosi ed evoluzione sociale.** 1 vol. in-16 di pag. 334. Milano, Fratelli Treves editori. Lire 4.

Questo volume raccoglie una congerie poderosa di dati positivi, è constellato di osservazioni ed opinioni personali acute e profonde e giunge a conclusioni di una esperienza matura nel campo della profilassi sociale.

Il prof. Sanarelli espone le sue larghe vedute, nettamente originali, in uno stile polito e chiaro, difficilmente eguagliabile.

Tratta dapprima dell'infezione tubercolare e della immunità contro la tubercolosi, analizzandone i vari fattori; si occupa in seguito della involuzione che la tubercolosi subisce nell'Inghilterra, nazione presa come paradigma ; infine prende in esame le misure di difesa sociale attuabili e particolarmente la questione degli alloggi e la tutela dell'infanzia.

Il lavoro aggiunge alle cognizioni dell'igienista e del sociologo. Assumerà indubbiamente molta parte nel dirigere i nostri sforzi contro la più insidiosa e letale delle malattie infettive.

È un libro veramente utile. *y.*

H. GERHARTZ. **Taschenbuch der Diagnostk und Therapie der Lungentuberkolose.** 1 vol. in-12 di pag. 200, con 48 figure e 13 tavole, in nero ed a colori. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1913. Rilegato. M. 5.

Una vena intensamente pratica corre tutto questo lavoro, il quale ci offre dati ben definiti e conduce a risultati accuratamente considerati, di un medico sperimentato.

Le nozioni teoriche sono condensate all'indispensabile. Dei molti metodi diagnostici e terapeutici proposti ed attuati sono stati scelti e ampiamente descritti solo quelli che consentono risultati sicuri.

Numerose figure chiariscono ed in parte sostituiscono il testo. I. T.

Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von M. MOSSE u. G. TUGENDREIK, J.-F. Lehmanns Verlag, München, 1913. Parte 4ª, prezzo M. 6. (L'opera completa in 4 parti M. 22; rilegata M. 25).

L'igiene sociale ha conquistato ormai il posto che le competeva quale disciplina autonoma, che si propone l'incremento della salute pubblica.

Per raggiungere tale scopo non basta la buona volontà: occorrono delle conoscenze. L'opera diretta da Mosse e Tugendreich offre in copia queste conoscenze, esposte in forma accessibile e bene ordinata.

Si raccomanda a larghe cerchie di studiosi: medici, igienisti, statisti, cultori delle discipline economiche e sociali, alti impiegati delle amministrazioni pubbliche, ecc.

Il volume che ora presentiamo contiene la 3ª parte della « terapia sociale ». Si apre con un capitolo sulla difesa statale contro le malattie, dovuto a Zahn e Klendinst; Gottstein prende poi in esame i compiti dei comuni e delle istituzioni private; Fischer si occupa dell'influenza effettiva che la legislazione sanitaria è in grado di esercitare sulla salute pubblica; da ultimo Schallmayer espone uno studio accurato di eugenètica. V.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MALACRIDA G. Qualche considerazione di chimica farmacologica. — Milano, 1913.

ZANI D. Contributo clinico allo studio della cheratite disciforme di Fuchs e alla cheratite profonda postvaccinica. — Treviso, 1913.

RICCIARDI A. Cangrena della gamba attribuita a fasciatura stretta. — Noci, 1912.

COZZOLINO O. Tubercolosi materna ed allattamento. — Milano, 1912.

DE MENDONCA A. Etiologia das suppuraçöes nasales. — Lisboa, 1913.

NASCIMBENI F. Vantaggi della educazione fisica e danni dell'eccessivo lavoro mentale. — Portocivitanova, 1913.

LEONE S. La lotta al tracoma in provincia di Siracusa. — Siracusa, 1913.

SANTUCCI A. La sutura razionale del piano profondo nel processo Bassini. — Milano, 1913.

BORDIGA O. Il problema del miglioramento della terra e della colonizzazione interna in Italia e all'estero. — Napoli, 1912.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici e le elezioni generali.

Nella relazione che precede il decreto di scioglimento della Camera dei deputati, il seguente brano è dedicato alla tutela della salute pubblica.

« Una delle funzioni dello Stato alla quale sono direttamente interessati tutti i cittadini, ma in modo speciale i lavoratori della città e della campagna, è la tutela della salute pubblica. In questo campo grandi progressi abbiamo compiuto e la nostra legislazione, come i nostri ordinamenti sanitari tecnici e amministrativi, sono all'altezza di quelli delle nazioni più progredite.

« Molto cammino resta pur tuttavia a percorrere, poichè la tutela della salute pubblica oltrechè all'ordinamento dei servizi sanitari è connessa alla esecuzione di opere pubbliche e a provvedimenti di carattere sociale. Così grande contributo alla pubblica salute dovranno dare le opere di bonifica le quali restituendo molte terre all' agricoltura, trasformeranno in validi lavoratori alcune popolazioni le cui pessime condizioni sanitarie hanno per necessaria conseguenza una profonda miseria.

« Nel campo delle leggi sociali molto resta pure da fare, specialmente per la tutela della salute degli operai sul lavoro, e sopratutto per gli addetti ad industrie insalubri, a causa delle condizioni in cui il lavoro necessariamente si eseguisce.

« Nell'ambito poi dei veri servizi sanitari lungo cammino dovremo percorrere per combattere alcune malattie molto diffuse come la tubercolosi; per dotare tutti i Comuni di acque potabili; per assicurare abitazioni igieniche ai lavoratori della città e della campagna; e per ottenere una vera educazione igienica del Paese ».

Questo brano di prosa ministeriale, che è adornato dalle firme di undici valentuomini, si occupa con sufficiente chiarezza della tutela della salute pubblica, o per essere più sinceri di alcuni dei problemi di essa. Ma invano si cercherebbe nella relazione una parola che ci affidi che sarà anche provveduto alla tutela dei medici. Bonifiche, leggi di assicurazioni sociali, lotta contro le malattie professionali e contro la tubercolosi, abitazioni igieniche: su questo programma noi medici italiani siamo d'accordo tutti; ed anche sulla necessità di quella propaganda per l'educazione igienica del paese che fu affermata in un memorabile discorso del compianto ministro Calissano, proprio in quella stessa Alba che doveva vederlo spegnersi così immaturamente. Ma per i medici che sono la mente ed il cuore di questa rigenerazione sanitaria del paese, che ad essa hanno dedicato e dedicheranno tutte le loro energie e tutto l'entusiasmo della loro anima, e specialmente per i più modesti tra essi, per i medici condotti; per gli ufficiali sanitari dei comuni, gli undici autorevoli personaggi che hanno firmata la relazione al Re non hanno pensato valesse la pena di stilizzare nè meno una di quelle tante buone promesse che sono sparse a larga mano nei programmi di tutti i ministeri quando si è alle porte con le elezioni generali.

Per i medici, dunque, non c'è nulla da dire in un momento politico di sì grande importanza come questo; i poteri dello Stato non possono occuparsi di loro, che del resto non appartengono all'esercito dei cinque milioni di nuovi elettori perchè, bene o male, essi già sapevano tutti leggere e scrivere.

Per corrispettivo, dovranno i medici non occuparsi delle elezioni e starsene in disparte a godersele come uno spettacolo sollazzevole?

Oh, io credo che ve ne saranno di colleghi che abbracceranno filosoficamente questo partito, e forse sono i più savii della classe.

Ma la grande maggioranza non farà così.

Io torno proprio ora da una rapida visita alla vecchia Parma industriosa, dove fra un omaggio di reverenza alla memoria di Giuseppe Verdi ed uno di ammirazione alla placida bellezza della Maddalena del Correggio della Galleria Farnese ho assistito a qualche discussione del Congresso nazionale dei medici condotti, più ascoltando i conversari sommessi degli spettatori che le alate concioni dei relatori; ebbene l'argomento di ogni discorso era uno solo, la lotta nel collegio di ciascuno; questi buoni medici condotti, convenuti a Parma da ogni parte d'Italia, ma in grande maggioranza dall'Italia settentrionale, sembravano aver dimenticato per un momento tutte le gravi questioni che riguardavano le loro condizioni di lavoro e di esistenza, le ingiustizie patite, le aspirazioni verso un avvenire migliore, per non rammentarsi che delle elezioni; e quando prendevano la parola per discorrere della cassa di resistenza o della condotta piena, fra gli scatti della loro eloquenza forbita (perchè i medici condotti d'Italia sono tutti grandi oratori) ogni tanto essi dovevano far forza a sè stessi per non lasciar straripare il pensiero elettorale che

li ossessionava. Ma spesso i loro sforzi erano vani, e questo pensiero si tramutava in parola e squillava alto per l'aria della severa aula magna dell'Università parmigiana.

Nell'ultima seduta la parola si tramutò addirittura in un ordine del giorno, che riaffermava l'adesione dell'Associazione al programma di idee democratiche, ma che era null'altro che un ordine del giorno elettorale, e il solo dissidente fu vociato senza pietà.

V'è di più; in un numero unico distribuito a Parma era riportato dall'*Irpinia sanitaria* un articolo sull'argomento, nel quale sono sostenute le seguenti idee, che evidentemente erano condivise da tutti, editori e lettori di quel numero unico:

« . . Nelle lotte bisogna vincere la paura; mostrarsi a viso aperto seguace e difensore dei principii, che si stimano più retti e più confacenti agl'interessi del popolo; votare e far votare per coloro, i quali affidano per un passato di attività, di sapere, di attitudine all'alta carica che si chiede di coprire.

« Ed in questa lotta scenda primo fra tutti il medico condotto, come quegli che il popolo conosce, e col popolo ha diviso i dissapori della vita, le amarezze dei bisogni presenti, le necessità impellenti, non sempre soddisfatte, nelle più tristi ore di una malattia, dinnanzi alla quale ha sentito palpiti di dolori e di speranze, così come si svolgevano nell'animo stesso della famiglia sventurata.

« Il medico condotto diventa perciò una potenza elettorale, chiede ed ottiene, poichè è il sentimento di gratitudine che vince qualsiasi pressione, qualsiasi minaccia, qualsiasi corruzione....

« Orbene, perchè restare inerti? Perchè non lottare apertamente per quei candidati, che meglio si conoscono nei proprii sentimenti, che meglio affidano per una vera e reale applicazione delle leggi riflettenti i servizi sanitarii nei Comuni, rispondenti ai bisogni del popolo e della famiglia medica, così come è richiesto dai progressi scientifici e dalla moderna civiltà?

« Se finora nessuno ha mai saputo e voluto elevare la voce a beneficio di chi lavora e palpita per la vita di un popolo, esponendosi a disagi e pericoli, spiegando una nobile missione di filantropia, e lottando con i bisogni più urgenti della vita, è pur giusto che a coloro non vada in cambio il proprio beneficio.

« Si stringano legami con questo o quel candidato, che sentimenti veri e leali di umanità nutre per indole, che attività ha mostrata nell'interesse di un miglioramento sociale, che la difesa nelle legali e giuste richieste ha fatta sentire presso amministrazioni ed autorità.

« Occorre discernimento e forza d'animo ora, che il tempo è propizio, ora, che molte passate recriminazioni possono sortire l'effetto desiderato.

« Attività dunque e buon volere in questi momenti, in cui ogni individuo fa valere la sua forza; ogni intelligenza mira al progresso della civiltà, al benessere dei popoli, al fiorire della nazione.

« Sentite i palpiti del vostro animo, scuotete l'apatìa che vi ha vinti pel passato, seguite e manifestate il pensiero vostro con quella fiamma, che vi spinge ad una lotta serena, feconda di bene, e respingendo con orgoglio transazioni, pressioni o mal giustificati sensi di amicizia, avrete compiuto un vostro dovere verso voi stessi, verso un popolo, verso la nazione ».

Dinanzi a tanto schietto entusiasmo, che varrebbe una parola di scetticismo? Conserviamocela per migliori o peggiori occasioni; dopo le elezioni tireremo le somme e vedremo se e quanto i medici condotti, e oltre loro l'intera classe sanitaria italiana possano averci guadagnato: e ai primi atti della nuova Camera giudicheremo se i buoni proposìti per la salute pubblica saranno seguite dai fatti: per il momento auguriamoci che il suffffragio quasi universale segni davvero l'inizio di un'era nuova per tutti e che siano molti i medici illuminati che siano scelti dagli elettori a cooperare a questa rigenerazione del paese.

Doctor CAJUS.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4046). *Pensioni.* — Signor Abbonato 252. Non si possono riscattare anni futuri. Il suo quesito non è chiaro. Se vuole andare in pensione nel 1918 perchè deve riscattare gli anni 1915-16-17-18 che non sono venuti? Favorisca ripetere il quesito dando maggiori chiarimenti.

(4052) *Pensioni.* — Il dott. G. A. da G. desidera conoscere se essendo medico ospedaliero con nomina che scade nel 1921 possa iscriversi alla Cassa pensione: quanto dovrà annualmente pagare e quale pensione riceverà.

Iscrivendosi ora alla Cassa di previdenza, fino al 1921 non potrebbe liquidare alcuna pensione, giacchè per ottenerla bisogna prestare almeno 24 anni e 6 mesi di servizio. Nè può avvalersi del disposto dello articolo 42 del Testo unico 25 gennaio 1913, n. 453, perchè è medico ospedaliero e non condotto.

(4053) *Interpetrazione articolo 20 del Regolamento sanitario - Pensioni.* — Il dott. P. G. da M. chiede conoscere se il medico condotto, unico esercente in determinata località possa rifiutarsi di accedere alla chiamata di una persona non compresa nello elenco dei poveri e se un medico che abbia 33 anni di precedente servizio possa iscriversi ora alla Cassa di previdenza ed a quali condizioni.

Secondo lo spirito dello articolo 20 del Regolamento sanitario il medico condotto dei poveri non può rifiutarsi di prestare la propria opera nei casi di urgenza anche agli abbienti, salvo ottenere, a cura espletata, regolare compenso. Quando poi il condottato è unico esercente nel Comune, crediamo che non possa negarsi di accorrere anche nei casi non di urgenza. Ciò importa l'indole e la finalità filantropica, che è innestata all'esercizio professionale medico. Per profittare dei 33 anni di servizio precedentemente prestati occorre avvalersi del disposto dello articolo 42 del Testo unico 2 gennaio 1913, n. 453, secondo cui, iscrivendosi ora, può riscattare 15 dei precedenti anni di servizio. Occorre però pagare come premio di riscatto in dieci anni il capitale corrispondente ai contributi proprii ed a quelli dell'ente, oltre le quote mutue e gli interessi composti, cioè una somma che si aggira fra le 5 o 6 mila lire. Tale somma si può pagare epicraticamente, ma con la corrisponsione degli interessi. Dovrebbe rimanere in servizio altri 10 anni per liquidare la pensione.

(4054) *Provvedimenti profilattici disposti dal veterinario - Obbligo dell'ufficiale sanitario - Certificati.* — Il dott. N. S. da S. P. B. espone che a seguito di alcuni casi di afta-epizootica verificatisi fra i bovini un vetenirario forestiero ha disposto alcune misure profilattiche. Ora il sindaco gli impone, nella qualità di ufficiale sanitario, di recarsi sul posto per adottarli. Chiede conoscere se egli sia obbligato a fare ciò. Desidera inoltre conoscere quali certificati sia l'ufficiale sanitario obbligato a rilasciare gratuitamente e quali a pagamento.

L'ufficiale sanitario è tenuto a prendere e ad adoperarsi che sieno presi tutti i provvedimenti profilattici necessari per garentire la diffusione di una malattia infettiva nell'uomo, non nelle bestie. Potrebbe essere pertanto giustificata la richiesta qualora la malattia del bestiame fosse trasmissibile all'uomo. Il che non è il caso in esame. È impossibile fare *a priori* una casistica dei certificati che l'ufficiale sanitario deve rilasciare gratuitamente ed a pagamento. Converrà chiedere il parere caso per caso.

(4056) *Premio speranza.* — Al dott. O. D. S. da C. rivolgiamo preghiera di farci conoscere da quale ente era stato bandito il concorso, inviandoci possibilmente un esemplare del relativo avviso. Con la spedizione di tale atto favorisca anche ripetere per sommi capi il fatto quesito.

(4057) *Ricorso al Consiglio Superiore di Sanità.* — Il dott. N. G. da F. chiede conoscere: 1. Se il ricorso al Consiglio superiore proposto ai sensi dell'articolo 26 della legge sanitaria deve essere notificato alla parte, 2. Se detto ricorso ha effetto sospensivo, 3. Nella affermativa in qual modo deve regolarsi per ottenere il deliberato aumento di stipendio, 4. Se presso il Consiglio superiore di sanità è ammesso il patrocinio di avvocato, 5. In qual modo deve garentire i proprii interessi nel caso che il Comune riduca la condotta ai soli poveri ed impingui esageratamente il relativo elenco.

Il ricorso al Consiglio superiore di sanità non deve essere obbligatoriamente notificato. I detti ricorsi, come tutti gli altri amministrativi, non hanno effetto sospensivo. Qualora il Comune non Le corrisponda lo stipendio nella sua integrale misura stabilita dalla G. P. A. può avvalersi della via giudiziaria. Presso il Consiglio superiore di sanità non è ammesso il patrocinio di avvocato. Qualora si riduca la cura ai soli poveri e si impingui ingiustificatamente il relativo elenco, Ella oltre al normale diritto di opporsi in seno alla Giunta della inclusione di determinate persone notoriamente abbienti, può far di bel nuovo ricorso alla G. P. A. perchè esaminato il caso, determini se non sia ammissibile altro aumento di stipendio.

(4058) *Pensioni.* — Il dott. E. B. da S. chiede conoscere se con 21 anno di servizio e 47 di età può liquidare pensione od indennità e quale e se essendo obbligato a lasciare il servizio in seguito a malattia derivata da lavoro eccessivo, possa ottenere la pensione privilegiata.

Con 21 anno di servizio non può ottenere la pensione, ma bensì solo, per le concorrenti cause di salute una indennità ragguagliata ai due terzi del valore capitale della pensione che Le sarebbe spettata, in conformità di quanto sarà stabilito nel regolamento, che non è ancora stato pubblicato. Per tentare la pensione privilegiata dovrebbe in precedenza sottoporsi a visita medica collegiale.

(4059). *Sostituzione per infermità.* — Il dott. G. D. da C. dette le dimissioni dalla carica di medico condotto e e tali dimissioni furono accettate dal Comune a condizione di mantenere a sue spese un interino dal dal giorno della partenza, stabilita pel 28 luglio ultimo, al 15 settembre e ciò per aver egli ottenuta altra condotta. Ammalatosi quattro giorni prima di lasciare la residenza non potè raggiungere la nuova sede nel tempo stabilito. Ora il Comune, dove precedentemente serviva, si rifiuta di consegnar-

gli i mandati dal 1° agosto al 15 settembre adducendo di aver pagato l'interino, che per contratto avrebbe dovuto essere a suo carico. Chiede conoscere se è legale e giustificata la eccezione fatta dalla amministrazione municipale.

Se Ella rassegnò le dimissioni e se queste furono accettate, dalla data dell'accettazione fu interrotto ogni rapporto fra Lei ed il Comune, a riguardo della carica che rivestiva. Rimase il solo rapporto contrattuale secondo cui l'amministrazione pagato invece il sostituto, è logico agosto e settembre, durante i quali non avrebbe prestato servizio, ed Ella avrebbe dovuto provvedere a proprie spese all'interino. Avendo l'amministrazione pagata invece il sostituto, è logico che si rivalga della relativa spesa sulle sue competenze. Nè è applicabile al caso il disposto della legge circa i congedi straordinarii per infermità in quanto che, come si disse, con le date dimissioni, avea perduta la veste di medico condotto e con essa il diritto di godere dei benefici alla medesima annessi. Non può del pari avanzar pretese verso il nuovo Comune perchè non avea allora e non ha neanche adesso, assunto regolare servizio.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

BARBANIA (*Torino*). — Consorzio; L. 2450. Scade 15 ottobre.

BUDOIA (*Udine*). — Condotta a cura piena; L. 4550 lorde e 3 sessenni di L. 300. Sc. 10 ott.

* CALENDASCO (*Piacenza*). — Condotta piena; L. 3000 e 3 sessenni, L. 800 per cavalcatura, ambulatorio L. 40. deliberazioni in corso; abit. 3895. Scad. 15 ottobre.

CAMAIORE (*Lucca*). — Concorso per la condotta della Pieve. Stipendio L. 2500 lorde, 4 sessenni di un decimo, oltre l'assegno di lire 400 per indennità vettura. Scad. 10 ottobre.

CASTAGNETO PO (*Torino*). — Condotto e U. S.; L. 2000; servizio dei poveri. Scad. 15 ottobre.

CAVARZERE (*Venezia*). — Al 10 ottobre condotta per Rottanova; L. 3000 lorde e L. 500 per mezzi di trasporto, alloggio o indennità non superiore a L. 500. Servizio entro 10 giorni.

*CHEREMULE (*Sassari*). — Condotto per la generalità; L. 3000 nette. Scad. 12 ottobre.

CIMADOLMO (*Treviso*). — Condotta libera; L.4000 ed alloggio. Abit. 2261. Scad. 15 ottobre.

* CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Chirurgo primario; L. 3600 lorde e 3 sessenni con diritto a limitare lo stipendio a L. 2700 per i soli poveri, compensi per atti operatori agli abbienti negli Ospedali Uniti - Aiuto chirurgo; L. 2400 lorde ed alloggio negli Ospedali Uniti, nomina biennale con carattere di perfezionamento senza riconferma. - Scad. 15 ott.

COASSOLO TORINESE (*Torino*). — Medico del Consorzio con Monastero di Lanzo; L. 2000 e L. 200 quale U. S., cura poveri, 100 famiglie circa. Scad. 15 ottobre.

CORNETO TARQUINIA (*Roma*). — Condotta medica residenziale; L. 2400 lorde e tre sessenni; allog. e indennità di L. 300 dall'Ospedale Municipale; tariffa speciale per gli abbienti. Scad. 22 ott.

CORNETO TARQUINIA (*Roma*). — Condotta chirurgica residenziale; L. 4000 lorde e tre sessenni; tariffa speciale per gli abbienti. Scadenza un mese dal 22 sett.

ERBA INCINO con CREVENNA (*Como*). — Secondo riparto *B*, abitanti 2641, stipendio 3550, tre aumenti sessennali del decimo. scadenza 15 ottobre. Condotta piena, zona eminentemente di villeggiatura.

GATTEO (*Forlì*). — Al 15 ottobre condotta pei poveri di S. Angelo; L. 3000 lorde, L. 600 per cav. e L. 150 per l'ambul. Ab. 2300 con 500 poveri.

GENOVA. *Deputazione provinciale.* — Due medici primari nei manicomi della Provincia; L. 4500 ciascuno lorde. Rivolgersi alla Segreteria provinciale. Scad. 10 ott.

GIUNGANO (*Salerno*). — Al 31 ottobre concorso a medico-chirurgo; L. 1500 per i poveri e L. 1000 per gli abbienti. Età non superiore ai 40 anni.

ISOLA SANT'ANTONIO (*Alessandria*). — Condotto; L. 3500, due sessenni ed alloggio. Sadenza 15 ott.

* LUGAGNANO (*Piacenza*). — Condotta con Groparello; L. 5500, compresavi indennità cavalcatura. Scad. 15 ottobre.

MARACALAGONIS (*Cagliari*). — Condotto per la generalità; L. 3225 lorde e 2 quinquenni del decimo. Scad. 15 ottobre.

* MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico condotto pei poveri, U. S. e medico necroscopico; L. 1500 ed alloggio. Scad. 10 ott.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Seconda condotta per Castello di Querceto e Sassa; L. 2700 e L 750 per cavalc., lorde; non più di 40 anni, s. e. r., obbligo servizio a. f., se richiesto, verso compenso. Scad. 12 ottobre.

NAPOLI. *Istituto Ortopedico Ravaschieri.* — Due assistenti volontari fuori organico. Vedi fasc. 38. Scad. 15 ottobre.

OLEGGIO (*Novara*). — Condotta con Mezzomerico; L. 1260 per la generalità e L. 50 quale U. S. Scad. 17 ottobre. Servizio entro 15 giorni.

ORTIGNANO RAGGIOLO (*Arezzo*). — L. 2500, due sessenni, L. 700 cavallo, cura residenziale. abitanti 2161. Il concorso è prolungato fino al 10 ottobre.

PADOVA. *Casa di cura della Poliambulanza medico-chirurgica.* — Medico astante. Il termine utile per la presentazione dei documenti scade col 15 ottobre. Per inform. rivolgersi alla Direzione.

PERRERO (*Torino*). — Consorzio mandamentale; L. 3000 con obbl. cav. e L. 500 quale U. S. Abitanti 4709. Scad. 10 ott.

PETRELLA SALTO (*Aquila*). — Medico; L. 4000 lorde e L. 200 quale U. S., residenza capoluogo. Rivolgersi all'Ufficio comunale.

POCAPAGLIA (*Cuneo*). — Condotto per i poveri, U. S., necroscopo; L. 1500 e L. 350 dalla Congregazione di carità. Abit. 2485, poveri 300 circa. Scad. 15 ottobre.

PORDENONE (*Udine*) *Ospedale Civile*. — Medico assistente; L. 1500 lorde, alloggio in ospedale. Rivolgersi alla Segreteria.

POSTA (*Aquila*). — Condotta; L. 3700 per la generalità e 4 sessenni; L. 100 per a. f. e L. 200 se eletto U. S. Scad. 10 ottobre.

PRESSANA (*Novara*). — Condotta; L. 3800 lorde e L. 200 quale U. S., cura poveri, metà su 3294 abitanti; aumento di L. 1500, se approvato, cura generalità. Scad. 10 ottobre.

REGGIO EMILIA. — 1ª e 3ª condotta pei villaggi; L. 2000 ciascuna e due sessenni. Scad. ore 14 del 15 ottobre. Norme e condizioni visibili nella Segreteria comunale, sezione Sanità.

RICIGLIANO (*Salerno*). — Concorso al posto di medico-chirurgo condotto per la generalità. Stipendio L. 2600. Scadenza 25 ottobre.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica*. — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

SAN DAMIANO AL COLLE (*Pavia*). — Condotta piena; L. 3700 ed alloggio; abit. 2031; deliberazioni in corso di approvazione. Scad. 20 ottobre.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª condotta. Proroga al 15 ottobre.

STALETTI (*Catanzaro*). — Condotta pei soli poveri; lorde L. 1500, più L. 150 quale U. S.; senza obbligo cavalc. Ab. 2009, pressochè tutti agglomerati nel capoluogo. Scad. 20 ott.

TREVIGLIO (*Bergamo*). *Ospedale di Santa Maria*. — Medico primario direttore. Rivolgersi alla Presidenza del Consiglio d'amministrazione. Scadenza 15 ottobre.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti ospedalieri e di beneficenza*. — È aperto il concorso per la nomina nell'Ospedale Civile del direttore sanitario e di un assistente di chirurgia. Il concorso per la nomina del direttore sarà per titoli; quello per la nomina dell'assistente per titoli e per esame. Età massima 50 anni per il direttore, 35 per l'assistente, al 15 settembre. Lo stipendio del direttore è di L. 5000 annue e quello dell'assistente di L. 1800 annue; inoltre sarà corrisposta una indennità temporanea in ragione di L. 150 mensili al direttore e di L. 200 mensili all'assistente. Tali indennità potranno essere in qualsiasi tempo soppresse o ridotte a discrezione dell'Amministrazione. La nomina sarà fatta per un anno a titolo d'esperimento e, ove tre mesi prima della scadenza non sia notificata disdetta per fallito esperimento, s'intenderà confermata per un quadriennio, e così successivamente, salvo che, almeno tre mesi prima della scadenza di ogni quadriennio, l'Amministrazione non dichiari cessato, per qualsiasi motivo, ogni effetto della nomina stessa. È però in facoltà dell'Amministrazione di deliberare di volta in volta, dopo il primo quadriennio, successive conferme di durata maggiore di quattro anni, ed anche di concedere la stabilità. Per ulteriori condizioni chiedere l'annunzio. Documenti all'Amministrazione ospedaliera entro il 10 novembre.

*VALENTANO (*Roma*). — Per un mese dal 13 settembre concorso alla condotta; L. 4600 lorde, di cui 3200 pei poveri, 1400 per gli abb.; se U. S. L. 200.

VARESE (*Como*). — Assistente interno dell'Ospedale; L. 2000, alloggio e facilitazioni vitto. Rivolgersi all'Amministrazione.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero*. — Medico-chirurgo assistente di 1ª categoria nell'ospitale civile; vedi fasc. 39. Scad. ore 15 del 20 ottobre.

Cercasi medico-chirurgo per 6 mesi condotta urbana ed ospedale. Stipendio L. 300 mensili ed altri incerti. L'interinato può protrarsi anche per un anno. Scrivere dott. Carnelli, Modigliana (Firenze).

Medico trentenne lungo servizio clinica Ospedali di Roma assumerebbe subito interinato preferibilmente servizio Ospedale oppure condotta disposto concorrere soddisfacendo condizioni. — Offerte libretto postale riconoscimento 09. 358, Roma.

Medico-chirurgo pratico condotta, accetterebbe subito buon interinato. Scrivere al signor Umberto Sessi, piazza Garibaldi, Perugia.

Medico-chirurgo con lunga pratica ospedaliera, accetterebbe posto in Cliniche private, Ambulatori, Istituti di cura, ecc., purchè in città capoluogo di Provincia. Per eventuali proposte scrivere al signor C. V., fermo posta, Cagliari.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuovi boicottaggi: Grumolo delle Abbadesse (Vicenza) e Fiorenzuola d'Arda (Piacenza) [sanzionate dalla presidenza centrale dell'A. N. M C.].

Conferma di boicottaggio: Castelnuovo Veronese (Verona).

Revoca di boicottaggio: Gagliano Castelferrato (Catania).

Nuove diffide: Pesaro [a medico condotto supplente], Cavasso Nuovo (Udine), Latina (Roma), Castellavazzo Ospitale (Belluno), Bosnasco (Pavia), Carpendolo (Brescia), Marano Marchesato (Cosenza).

Revoca di diffide: Recoaro (Vicenza), Gallese (Roma), Chiusi (Siena), Monza (Milano) [a medico condotto supplente].

Ci si comunica:

« La Sezione di Novara dell'A. N. M. C. proclama la diffida del concorso di Prato Sesia perchè a cura piena ed a condizioni non accettabili. Ringraziamenti e cordiali saluti.

Il presidente: Dott. G. Promanaldi. »

Nomine, promozioni e onorificenze.

Il prof. sen. Camillo Golgi è stato eletto presidente della Società Italiana per il progresso delle scienze.

S. M. il Re ha nominato *motu proprio* commendatore della Corona d'Italia il conte Giuseppe Visconti di Modrone, il ben noto fondatore della Istituzione omonima, la quale ha per scopo la propaganda agricola e antimalarica; egli è anche un benemerito nel campo della filantropia largamente intesa: per sua iniziativa ed a sue spese sono sorte scuole, asili, piccoli ospedali nelle regioni più povere della Lombardia e di tutta Italia.

CAGLIARI. — Il prof. Casagrandi Oddo, ordinario d'igiene, è nominato rettore dell'Università per gli anni scolastici 1913-16.

CATANIA. — Il concorso a straordinario di pediatria ha portato alla designazione della seguente terna: 1° Longo Antonino; 2° Allaria G. B.; 3° Gagnoni Enrico.
La Commissione era così composta: Concetti, presidente, Bozzolo, Jemma, Sclavo, Comba, relatore.

GENOVA. — Il dott. Bobylinsky Moisè è promosso aiuto in clinica delle malattie mentali e nervose. Il dott. Portigliotti è nominato assistente in sua vece.

PALERMO. — Il dott. Ceraulo Salvatore è abilitato alla libera docenza in patologia medica.
Il dott. Epifanio Giuseppe è nominato assistente in clinica medica.

PARMA. — Il prof. Roncoroni Luigi, ordinario di clinica delle malattie mentali e nervose, è nominato preside della facoltà di medicina e chirurgia.

ROMA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Zuccari Federico in traumatologia; Franceschini Giovanni in sifilografia e clinica sifilopatica; Tramontini Gio. Batt. in patologia medica.
Il dott. Montuori Adolfo è autorizzato a trasferire da Napoli a Roma la libera docenza in fisiologia sperimentale.

TORINO. — Il prof. Aggazzotti Alberto è incaricato dell'insegnamento di chimica fisiologica.

TRIPOLI — Il tenente-colonnello medico dott. cav. Giovanni Bernucci, direttore dell'ospedale militare di S. Giuliano a Perugia, è stato telegraficamente chiamato alla direzione dell'ospedale.

COLONIA. — Il prof. Hering di Praga ha accettato la nomina di decano dell'Istituto di fisiologia patologica, recentemente organizzato.

LONDRA. — I proff. Bier e Körte sono nominati membri onorari del Real Collegio dei chirurgi.

VIENNA. — Il prof. His ha declinato l'onore di assumere l'insegnamento della clinica medica, in sostituzione di von Noorden.
Dev'esserci qualche grave motivo che induce scienziati eminenti come Strümpell, von Noorden, Abderhalden ed His a disertare l'Università di Vienna, che un tempo era tanto ambita.

MEDICINA SOCIALE

L'unificazione delle Scuole per infermieri e delle Scuole per levatrici.

Nel « Pensiero Medico » il dott. Pugliesi propone di associare le scuole per levatrici e quelle per infermiere.

Egli osserva: « L'infermiera dell'avvenire deve essere per cultura fondamentale e per professionale istruzione, qualche cosa di simile a quello che è oggi la allieva levatrice, anzi alcunchè di più ancora. E a tale riguardo è a dire che, col sorgere delle nuove scuole, verrebbe ad essere assorbito in certo modo quel che è oggi l'insegnamento speciale delle levatrici, le quali potrebbero rappresentare solo una specializzazione, per così dire, nel campo dell'assistenza immediata, in modo analogo, se mi è concesso fare questo paragone, a quanto accade per i medici, di cui taluno si dedica particolarmente all'ostetricia dopo aver studiato tutta la medicina. Ed è a notare che così le nuove levatrici, avendo una più larga e complessa istruzione, avrebbero anche ben più largo campo di esercitare l'opera loro, al di fuori della semplice assistenza delle puerpere, con vantaggio loro professionale e con maggior incentivo ad abbracciare quella oggi molto limitata carriera ».

Questa idea del Pugliesi, da lui espressa prima del recente Congresso dei Direttori d'Ospedali, è germogliata anche in altre menti, dopo il Congresso.

Ad esempio il dott. Arienti sulla « Critica Medica » espone il desiderio che in un prossimo futuro la scuola delle levatrici venga trasformata in quella delle infermiere.

Le levatrici, egli dice, vengono istruite in quasi tutto ciò che proponiamo per le nostre infermiere, di più nell'assistenza alla gravida, alla partoriente, alla puerpera, al neonato; nulla di male se le future infermiere impareranno anche questo; saranno più complete.

L'Arienti conclude sostenendo che con un'unica scuola per levatrice-infermiera il problema del personale di assistenza potrebbe essere più facilmente e sollecitamente risolto.

La stessa idea viene opportunatamente ribadita dal dott. Dori nel « Pensiero Medico ».

« Pur professando, egli dichiara, la massima stima per la classe delle levatrici, bisogna riconoscere che quando iniziano il primo anno mancano di tante nozioni elementari che non dovrebbero entrare come parte dell'insegnamento loro, e che d'altra parte la maggioranza che esce col diploma delle nostre scuole, esce, diremo così, incompleta. Ciò del resto è compreso dalla maggioranza dei Direttori di scuole ostetriche, che

fanno precedere all'insegnamento loro corsi preparatori d'indole elementare e generale, e dalle levatrici stesse, che curano il sorger di corsi di perfezionamento dopo il diploma.

« Ricorderò incidentalmente come in qualche luogo, ad es. in qualche Stato della Germania, questi corsi di perfezionamento sono obbligatori per tutte le levatrici: ogni anno un quinto di esse per otto giorni devono fare un corso così detto di revisione che si ripete per ciascuna levatrice ogni cinque anni.

Nelle nostre scuole per levatrici si devono insegnare nozioni generali ed elementari, dal sapere adoperare il termometro ad es. e contare il polso, all'applicazione di un impacco ecc. Ora poichè ciò è insegnamento più di spettanza di scuola da infermiere, noi credemmo conveniente l'associare le due scuole anche tenendo conto che per tante ragioni è conveniente che il personale di assistenza sia, in tutti gli ospedali, femminile.

« Noi giudichiamo che si potrebbero associare le due scuole elevando magari a tre gli anni d'insegnamento. Con la frequenza di un anno o più, superato il relativo esame teorico e pratico, si sarebbe infermiere diplomate; ultimando il corso, infermiere-levatrici. La prima parte del corso si potrebbe tenere in tutti gli ospedali, la seconda solo dove già esistono scuole per le levatrici. »

All'uopo il dott. Dori formula un questionario per i competenti, e fra questi mette in prima linea i Direttori delle scuole ostetriche.

Il questionario risulta delle seguenti domande:

« Crede Ella alla possibilità e convenienza di una scuola per infermiere e levatrici?

A quali modalità dovrebbero rispondere le nuove scuole?

Possiamo contare sul suo efficace appoggio perchè, se approva, dia l'opera sua onde si addivenga all'attuazione di queste scuole, urgentemente necessarie per migliorare il nostro personale di assistenza per gli ammalati? »

Le risposte vanno dirette al « Pensiero Medico ».

Anche il nostro giornale apre le sue colonne al dibattito della importante proposta.

***

Da un numero ulteriore del « Pensiero Medico » apprendiamo che la prima idea di abbinare i due insegnamenti si deve al dott. Antonio Dian, il nostro ottimo corrispondente da Venezia, al quale ci è grato porgerne i nostri rallegramenti.

R. B.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Ancora sulle feste Eustachiane.

Per un disguido, indipendente dalla volontà di tutti, nella corrispondenza apparsa nell'ultimo numero sul Congresso medico tenuto in detta occasione è stato obliato quanto segue:

In seguito alla comunicazione del prof. **Mancioli**, *Pedagogia e udito* (in cui ha rilevato gli stretti rapporti fra udito e rendimento scolastico, traendo pratiche conclusioni da osservazioni personali fatte nelle scuole comunali di Roma), il prof. Peri di Sestri Ponente propose, e fu accettato per acclamazione un ordine del giorno in cui «... per ovviare agli inconvenienti pedagogici ai quali dà luogo la deficienza degli organi dei sensi negli alunni delle scuole, fa voti che l'esame di tali organi sia reso obbligatorio per assicurare l'efficacia dell'insegnamento ».

Palombi tenne una prima comunicazione su uno *speciale busto ortopedico*, raccomandabile per la semplicità e per il limitatissimo costo; una seconda su *le acque salsoiodiche di Penna San Giovanni* che godono della stessa proprietà delle più note acque di tal categoria e che meriterebbero di una più larga fama.

Paganelli trattò del *Vagotropismo infettivo da influenza;* **F. Laureati** discorse su *su alcuni casi di ipotiroidismo familiare* destando notevole interesse; e **Ubaldo Chiocci** ha portato un *contributo alla cura medica della peritonite tubercolare.*

G. BILANCIONI.

NOTIZIE DIVERSE

Il Congresso italiano delle Scienze

si è svolto negli scorsi giorni a Siena. Vi hanno avuto degna parte l'igiene e le discipline mediche ausiliarie.

Ce ne occuperemo prossimamente.

Il Congresso dei medici condotti

ha tenuto le sue assise a Parma. Ne daremo presto il resoconto.

Primo convegno italiano di cultura medica.

Come abbiamo annunziato, la Associazione tra Liberi docenti della facoltà medica di Genova terrà una serie di corsi accelerati di perfezionamento e di cultura per i medici pratici.

In ciascuno di questi corsi i liberi docenti nelle varie branche svolgeranno in modo completo argomenti circoscritti con ampio sussidio dimostrativo e pratico, utilizzando i mezzi delle scuole universitarie, degli ospedali, dei laboratori privati.

I frequentatori avranno così la opportunità di apprendere quei tecnicismi più recenti o meno noti che tanto spesso loro converrebbe applicare;

sentiranno esposto da specialisti provetti lo stato attuale di questioni controverse di importanza fondamentale; osserveranno la precisa documentazione di indagini che in questi ultimi anni si sono andate compiendo.

Con questa iniziativa, nuova in Italia per la ampiezza del programma e la larghezza dei mezzi, la Associazione dei Liberi docenti di Genova si propone di ottemperare alla funzione didattica che le spetta, integrante essenziale dell'insegnamento superiore.

La Associazione crede di poter denominare questa iniziativa *Convegno di Cultura*, in quanto essa varrà, periodicamente ripetuta, a rinnovare la cultura del pratico che, spesso lontano dai centri ed assorto dal diuturno e grave lavoro, non può sempre formarsi un chiaro criterio nè sui rapporti tra la teoria e la pratica nè sulle varie modalità di tecnica.

Tutto è predisposto perchè i colleghi nel breve loro soggiorno in quel centro di studi, possano trarre il maggiore profitto dal sacrificio volontario che nell'interesse del sapere essi sono per fare.

La Commissione esecutiva e così composta: V. De Cigna, D. Maragliano, G. Massini, A. Morselli, A. Risso, A. Rossi, A. Sapelli, M. Segale.

Il primo corso comincierà in ottobre. – Chiederne il programma sommario.

Per iscriversi occorre inviare al cassiere del comitato (prof. A. Risso, Casella Postale 884 - Genova), una cartolina-vaglia di L. 10.

Gli iscritti acquistano diritto a varie facilitazioni. Le Signore degli iscritti possono usufruire di alcune di tali facilitazioni, purchè il sanitario iscritto ne faccia domanda unendo cartolina-vaglia da L. 5.

La Segreteria dell'Associazione e la Commissione Esecutiva hanno il loro recapito in Via Portoria, 16-1: indirizzo postale e telegrafico: Casella Postale 884 - Genova.

Un museo d'igiene professionale a Milano.

Viene organizzato presso gl'Istituti clinici di perfezionamento, mediante una somma cospicua assegnata alla Clinica del lavoro dal sig. Bruno Lino Guastalla per onorare la memoria del defunto fratello Gildo, morto or è un anno, e mediante alcuni doni pervenuti da Trieste, Dresda e Bruxelles. Due sale del Museo intitolate a Gildo Guastalla son quasi ultimate. Contengono le riproduzioni al naturale di oltre cento casi di malattie professionali.

La missione sanitaria della R. Marina a Scutari.

È composta dai dottori: Teodorico Rosati, colonnello medico, direttore della missione, Bisio Girolamo e Monterini Nicola, maggiori medici, Abbamonti Giulio, capitano medico, dal farmacista Marciano Antonino, da cinque marinai infermieri e da un ufficiale contabile; è coadiuvata dalle suore salesiane, dirette dalla nobil donna suor Anna Frette di Monza. Funziona nei locali delle scuole elementari italiane. Consta dell'Ambulatorio, già esistente e diretto per molti anni dal dott. Claudio Teppex, ora aggregato alla missione, di un'infermeria capace di oltre 20 letti apprestata dalle suore salesiane e della farmacia militare. Negli stessi locali funziona il Comitato di beneficenza, diretto dal Rosati. Un indice dell'attività spiegata dalla nostra missione è dato dal fatto che durante il periodo dal 15 maggio al 30 agosto furono compiute 15,250 vaccinazioni.

La popolazione di Scutari e dei dintorni benedice ed esalta l'opera della missione sanitaria italiana, la quale, per altro, dovrebbe essere organizzata su più larghe e solide basi.

Ufficiali medici in congedo.

Il « Giornale Militare Ufficiale » pubblica il decreto ministeriale con cui, sciogliendosi dalla riserva fatta con la circolare N. 210 del corrente anno, determina che gli ufficiali medici di complemento appartenenti alle classi 1887 e 1888 stati trattenuti in servizio in esecuzione del R. Decreto 20 settembre 1912 siano ricollocati in congedo sotto la data del 30 settembre 1913. È fatta eccezione per quelli delle classi suddette i quali rinunzino volontariamente al congedamento.

Gli assistenti volontari negli Istituti universitari.

Il ministro della pubblica istruzione, on. Credaro, ha diramato ai rettori delle regie Università ed ai capi degli altri Istituti d'istruzione superiore governativi, la seguente circolare:

« È di imminente pubblicazione il regolamento in esecuzione della legge 22 giugno 1913, per la quale, fra l'altro, si è provveduto all'istituzione degli assistenti volontari presso gli Istituti universitari.

« Tali assistenti saranno nominati con decreto ministeriale su proposta dei rispettivi professori, e devono essere forniti degli stessi titoli degli assistenti effettivi.

« Essi sono nominati per un anno e tacitamente confermati fino a contraria disposizione.

« Si prevengono pertanto sin d'ora le SS. LL., perchè, non appena possibile, siano trasmesse a questo Ministero le relative proposte, e perchè d'ora innanzi si astengano dall'emettere decreti di nomina ad assistente volontario, ordinario, interno, o con qualsiasi altra denominazione.

« Nulla vieta però ai signori Direttori d'ammettere a frequentare il rispettivo gabinetto o istituto quei giovani che ritengono meritevoli, e anche di affidar loro le funzioni di assistenti, sia per esercitarli in tali funzioni, sia per comodo dell'Istituto, ma essi non potranno ottenere alcuna nomina e riconoscimento del servizio prestato ».

Il premio Maragliano.

Con R. Decreto 15 luglio è stata eretta in ente morale la fondazione « Premio Maragliano ». Il relativo statuto dispone che la fondazione sia istituita presso il comune di Genova e le assegna lo scopo di conferire un premio annuale al miglior lavoro fatto in Italia sulla tubercolosi. Il capitale di essa verrà costituito dalla somma di L. 22,754.50, raccolta per sottoscrizione nella ricorrenza del 25° anniversario d'insegnamento del prof. Edoardo Maragliano alla clinica medica, nonchè dalle ulteriori somme che venissero raccolte allo stesso fine. Il premio sarà annuale e messo a concorso dal Rettore della Università di Genova.

Concorsi a premio.

L'Accademia delle Scienze del Belgio indice un concorso, con premio di 17,500 franchi, per un rimedio atto a guarire l'epilessia. Le memorie dovranno essere spedite all'Accademia prima del 15 ottobre 1915.

Il signor I. Durandeau d' Augoulème ha lasciato la somma di franchi 50,000 all'Istituto Pasteur di Parigi, per un premio da aggiudicarsi a chi eseguirà le migliori ricerche scientifiche e pratiche sulla guarigione delle meningiti.

Per gli ospedali di Roma.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un decreto reale che autorizza la Cassa depositi e prestiti a somministrare al Tesoro, per fornirlo allo Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti di Roma, un mutuo di L. 2,600,000, al saggio del 4 per cento, estinguibile in 30 anni, per porre l'Istituto stesso in grado di ripianare i disavanzi di gestione e di provvedere a spese ed a lavori urgenti di carattere straordinario.

Il rimborso del mutuo, mediante annualità comprensive degli interessi e dell'ammortamento, avverrà a cura del Tesoro, che preleverà le corrispondenti quote sul contributo fisso di L. 970,000 annue, da esso dovuto all'Istituto di Santo Spirito ed ospedali riuniti di Roma, per effetto dell'art. 3 della legge 8 luglio 1903, n. 321.

La Mutualità scolastica italiana

ha ricevuto dal Ministero della P. I. la somma di L. 5000, con la quale il Ministero stesso contribuisce a fornire i mezzi adeguati per intensificare la propaganda in favore del benemerito istituto, ed un sussidio di L. 600 a sgravio ed integrazione delle spese che esso sostiene per le colonie climatiche e marine.

La mutualità scolastica italiana può così riservare integralmente ai fini della previdenza statutariamente fissati, il suo patrimonio oggidì ascendente a L. 209.732.52, nonostante essa abbia erogato in indennità di malattia ai soci L. 116,016.61.

L'Associazione « Per le madri e per i bimbi ».

Si è costituita a Napoli con questo titolo una Società Italiana per lo studio e la prevenzione della mortalità infantile.

Il centro direttivo dell'Associazione è presso la redazione della « Medicina Sociale », (Santa Lucia, 20, Napoli) alla quale devono esse e inviate tutte le adesioni e le comunicazioni.

Commissione reale per l'educazione fisica.

Il Ministro della P. I. ha proceduto alla formazione di una Commissione reale per l'educazione fisica. Risulta costituita di 15 membri. Presidente ne è il sen. Pio Foà.

L'acqua potabile a Tripoli.

La città di Tripoli è stata dotata di altri 2000 mc. di acqua al giorno, provenienti da Hamidjé; aggiunti ai 500 della Bumeliana, essi portano la disponibilità da sei a trenta litri per abitante.

Sono in corso gli studi per lo sfruttamento di altre acque di Hamidjé.

Le provenienze dal Mar Nero.

Una ordinanza di sanità marittima revoca l'ordinanza relativa ai porti russi del Mar Nero, fatta eccezione per le provenienze di Kherson che rimangono sottoposte alle misure dell'ordinanza del 1907 contro il colera.

Onoranze a colleghi.

Al dott. Luigi Molino, condotto del Consorzio della Val Sermenza, nel Novarese, un denso gruppo di amici ha offerto un banchetto, quale attestato di riconoscenza pel servizio ventennale da lui prestato con impegno, fino alle sue recenti dimissioni.

Allo stesso sanitario i comuni della valle avevano conferito una medaglia d'oro.

Medici infortunati.

Il dott. Olinto Domenici, ufficiale sanitario di San Gimignano (Siena), eseguiva d'urgenza un esame chimico, quando un recipiente d'alcool esplodeva e s'incendiava. Il sanitario veniva investito al volto, al torace, ed alle braccia dal liquido infiammato. Senza il concorso di un attendente si sarebbe dovuta deplorare una gravissima disgrazia. Nella dolorosa contingenza l' intera popolazione volle tributare calde attestazioni di simpatia al professionista valente e beneamato.

Una vettura in cui erano il medico condotto di Vigolzone e il dott. Fornero di Piacenza precipitò in un burrone. I due medici riportarono varie e gravi ferite; rimasero uccisi sul colpo il vetturale ed il cavallo.

Mentre il dott. Dario Pili di Seneghe, da poco laureatosi a Napoli, assisteva ad una corsa nell' ippodromo di Oristano (Sardegna), egli venne investito e travolto da un cavallo fuorviato. Riportò una grave ferita al cranio.

Errore fatale di un infermiere.

All'Ospedale Centrale di Perugia un malato è rimasto vittima dell'errore commesso da un apprezzato e provetto infermiere, il quale gli somministrò, per clistere, una soluzione di acido fenico anzichè una di acido borico. Un altro paziente, ai danni del quale era stato ripetuto l'errore, potè essere salvato.

Orribile tragedia in un manicomio.

Nel manicomio di Perugia una sotto-ispettrice impazzita ha ucciso a colpi di revolver una sottocapo reparto ed ha ferito gravemente una guardarobiera e sè stessa.

Il prof. **Antonin Poncet**, clinico chirurgo di Lione, si è spento a 65 anni.

Spirito aperto, nessuna forma di attività intellettuale lo lasciava indifferente. Una curiosità vigile e accorta lo attraeva verso le incognite del sapere e nei dominî della letteratura e delle arti.

Il pubblico medico conosce troppo bene le di lui scoperte sul reumatismo articolare e sull' actinomicosi.

Fu un grande chirurgo, armato d'ingegno poderoso. Ed ebbe un nobile cuore. J. P.

Rassegna della stampa medica.

Jahresk. f. aerztl. Fortb., ag. « Numero di terapia generale ».

L'Igiene Soc., 1 ag. TRAMBUSTI. « Anchilostomiasi ». — FOÀ. « L'assicurazione obbligatoria contro le malattie ».

The Lancet, 2 ag. EVANS. « La tubercolosi del sistema urinario ». — NUFL, BEATTIE e PYE-SMITH. « Cancro arsenicale ».

Le Progrès Méd., 2 ag. MAUCLAIRE. « Le artriti blenorragiche ».

Paris Méd., 2 ag. « Numero sulle malattie infettive.

La Rif. Méd., 2 ag. PATELLA. « Malattia di Morgagni-Adams-Stockes ». — BOVERI. « Le reazioni meningee nel saturnismo cronico ».

Rev. de Thér. 1 ag. PERRONCITO. « Trattamento della distomatosi epatica e dell'uncinariasi ».

Le Scalpel, 3 ag. DUBOIS. « Meningite coli-bacillare acuta curabile del lattante causa di convulsioni essenziali ».

Gaz. d. Osp., 3 ag. FARINI. « Iperglicemia ed ipertensione ».

Mediz. Klinik, 3 ag. EWALD. « L'alcool nelle malattie infettive ». — HESS. « Sulla diuresi ».

Berl. Klin. Woch., 4 ag. KRAUS FR. « Un caso di splenomegalia ». — EHRMANN. « Sintomi cardiaci nel coma e precoma diabetico ». — FRENKEL-HEIDEN. « La cura delle forme gravi di atassia nella tabe ». — GLAESSNER, ALKAN. « L'elio-terapia della tubercolosi ».

Il Morgani, Riv., 4 ag. BERTARELLI. « La lotta contro le mosche ».

Lucina, 1 ag. COLORNI. « *Herpes zoster* complicante una gravidanza ».

Edinb. Med. Journ., ag. BROCK. « La concezione psicologica delle malattie ». — MC. BRIDGE E GRAHAM. « Il trauma come aggravante di malattie preesistenti ». — WATSON-WEMYSS E GUNN. « Elettro- e fono-cardiogrammi simultanei ». — BALLANTYNE. « Letteratura e medicina ».

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 15. JUSTI. « Metodica della somministrazione della chinina nella malaria ».

The Journ. of Trop M. a. Hyg., 1 ag. BALFOUR. « Un anno di lotta antimalarica a Cartum (Egitto) ».

L'Idrologia, ecc., 7. GAVAZZENI. « Le sciatiche e la loro cura cogli agenti fisici ».

Rev. del Circ. Méd. Argentino, 142-143. BACCELLI. « Le infezioni latenti dell'organismo. — ROFFO. « La reazione dello zolfo ossidabile nell'urina dei cancerosi ».

Münch. Med Woch., 5 ag. BUMM e VOIGTS. « Sulla tecnica dell'irradiazione dei carcinomi. — ABDERHALDEN e WEILL. « Cause di errore nel metodo della dialisi ».

La Sem. Méd., 6 ag. BOURDON. « Il segreto medico e gl'infortuni sul lavoro ».

Gaz. d. Hôp., 5 ag. AIMES. « L'elioterapia delle scottature ».

La Presse Méd., 6 ag. GOIFFON. « La coprologia usuale ».

Rev. d. Circ. Méd. de Córdoba. lug. STRADA. « Anatomo-patologia di un caso di rabbia ».

Arch. d. Sc. Ospedal, II. « Resoconto del Congresso dei direttori d'ospedale ».

Deut. Med. Woch., 7 ag. STRAUSS. « Dietoterapia della diarrea e della stitichezza ». — FROMBERG. « Pericardite da bacilli tubercolari ». — DOBBERTIN. « Sulla così detta « appendicite cronica ».

Wien. Klin. Woch., 7 ag. v. BERMANN. « Sui riflessi vascolari ». — BRANDWEINER e HOCH. « Sulla gonorrea ».

The Americ. Journ. of the Med. Sciences, ag. HOCHWART. « Secrezioni interne e stato mentale ». — PILCHER. « Sull'etiologia dell'anemia perniciosa ». — NILES, ROBRRT, SILER, GARRISON. « Studi sulla pellagra ».

Gazz. Med. It., 7 ag. NEGRI, LUZZANI. « Sulla rabbia ».

The Lancet e **Brit. Med. Journal**, 9 e 16 ag. « Resoconto del Congresso medico internazionale ».

Gaz. d. Hôp., 7 ag. BAUDET. « Curabilità del cancro della lingua ».

La Rif. Med., 9 ag. BARBERIO. « Colesterinuria vera duratura ». — PERUGIA. « Afasia motrice e sordità post-accessuale.

Berl. Klin. Woch., 11 ag. CRUVEILHIER. « Cura delle complicazioni della blenorrea con vaccino sensibilizzato alla Besredka ». — STRAUSS. « Clinica dell'ematologia ».

Gaz. d. Hôp., 9 ag. DUJARRIC e DUMAS. « Meningite da parameningococci ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C

L. Pozzi, *resp.*

Anno XX. *Roma, 12 ottobre 1913* Fasc. 41

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

Istituto fisiologico della R. Università di Roma.

Nuovo metodo di cura dell'« ejaculatio praecox »

per S. BAGLIONI e G. AMANTEA.

Come è noto, un disturbo funzionale abbastanza frequente dei nevrastenici sessuali è l'*ejaculatio praecox seu præcipitata*. Spesso è la donna che rimanendo insoddisfatta dell'atto sessuale, per non poter raggiungere l'acme venereo, si lagna ed è causa di eccesso sessuale nel compagno (il che peggiora le condizioni di lui, sino a produrre impotenza), quando non cerca sostituirlo con altro maschio normale, con manifesto danno della vita coniugale. La conoscenza di tale stato di cose rende ancor più infelice il paziente, che, torturato dal sospetto e spinto dal desiderio di veder felice la compagna, ricorre al medico per liberarsi del disturbo.

La cura comunemente suggeritagli è indiretta: del corpo, mediante ricostituenti o tonici generali chimici o fisici; della psiche, mediante persuasioni. Essa però molto spesso non raggiunge l'effetto desiderato.

Traendo occasione dal fatto recentemente dimostrato (1), che nella cute del glande umano e più specialmente della *corona* esistono papille sensitive (che in molti individui sono ben visibili ad occhio nudo) dotate di una speciale sensibilità meccanica, che contribuisce in grado massimo a destare il piacere venereo e provocare i riflessi dell'atto sessuale, tanto da meritare a questa

(1) S. BAGLIONI. *Sulla speciale sensibilità meccanica del glande. Contributo alla conoscenza degli eccitamenti periferici che partecipano all'atto sessuale.* Rivista di psicologia, anno IX, 1913; e Pflügers Arch., Bd. 150, 1913, p. 361-370.

regione il nome di zona riflessogena della copula e a detti organi quello di organi periferici della voluttà, abbiamo tentato, nel primo caso capitatoci di *ejaculatio praecox*, un nuovo metodo di cura diretta col rendere, immediatamente prima del coito, anestesica o ipoestesica detta zona cutanea mediante stovainizzazione locale. Eravamo incoraggiati dalla circostanza che, come è esposto nella citata memoria, l'applicazione di una soluzione stovainica sulla superficie del glande di individui normali ha per effetto un ritardo notevole (per es. 14 min. invece di 3) del riflesso di ejaculazione, cui però si associa un certo ottundimento del senso di voluttà.

Il risultato ottenuto corrispose all'attesa.

L... A... B..., di anni 26, impiegato. Si è rivolto a noi durante il terzo mese di matrimonio, cioè alla fine dello scorso aprile, lamentandosi di avere ejaculazioni precipitate, tanto da impedire la partecipazione completa della moglie all'atto sessuale. Egli afferma di sentirsi dopo ogni coito soddisfatto, ma estenuato di forze. Ciò non gli avveniva prima del matrimonio, con altre donne; sempre i suoi coiti sarebbero stati di durata piuttosto breve, ma mai tanto rapidi come ora, da impressionarlo. Quello che sopratutto lo turba e lo preoccupa è il fatto della mancata partecipazione di sua moglie all'amplesso. Attribuisce l'origine di tale disturbo alle condizioni del suo sistema nervoso, alterate durante una dimora a Bengasi, ove mandato l'anno scorso come impiegato, soffrì pel caldo eccessivo e altre circostanze sfavorevoli al suo sistema di vita, ecc. Si è rivolto già ad altro medico, il quale gli ha consigliato delle norme igieniche e una cura di glicerofosfati; da cui però non ha ottenuto giovamento di sorta. Egli si rivolge pertanto al nostro consiglio.

Le sue condizioni fisiche sono relativamente buone, psichicamente si nota uno stato depressivo dovuto al suo disturbo.

Gli consigliamo di insistere ancora nelle cure che già gli sono state ordinate, di alimentarsi convenientemente, di limitare i rapporti sessuali, di ricorrere ad ampie abluzioni fredde al mattino; colla persuasione si cerca di sollevare al possibile il tono della sua psiche. Si invita a ritornare dopo almeno un mese ancora di tali cure.

Infatti dopo poco più di un mese ritorna; è più sollevato nello spirito, afferma di sentirsi più forte, ma non è tuttavia nè guarito nè migliorato del suo disturbo. Gli consigliamo di continuare sempre nelle cure precedenti; inoltre lo invitiamo a provare le applicazioni locali sul glande di una soluzione di stovaina al 5 %, di cui noi stessi gli prepariamo 20 cmc. L'istruzione che si dà consiste nell'applicare (qualche tempo prima dell'atto) sulla superficie del glande, specialmente nel solco balano-prepuziale batuffoli imbevuti in detta soluzione ricoprendoli poi col prepuzio. Dopo 10 o 20 minuti, all'inizio del coito, si debbono allontanare.

Dopo una quindicina di giorni ritorna, è contentissimo, quasi esultante. Dice di avere fatto colla soluzione ricevuta quattro prove, applicandola a distanze più o meno grandi dal momento del coito, e sempre con effetto positivo; ha cioè ottenuto ad erezione completa un ritardo dell'ejaculazione, superiore alla sua stessa aspettativa, raggiungendo talora persino una durata del coito di 15 minuti primi circa.

Profittando di ciò per nuove esortazioni e nuovi discorsi diretti a sollevarlo dal lato psichico, gli consigliamo di fare un'altra prova: ossia analoga applicazione della sostanza in forma di pomata (gr. 5 di vaselina, gr. 5 di lanolina e gr. 1 di stovaina), che egli stesso fa preparare da un farmacista.

Dopo qualche giorno ritorna dicendoci di avere fatto tali applicazioni anche prolungate e ripetute, ma sempre inutilmente.

Gli prepariamo noi stessi altri 10 gr. di pomata come la precedente, dicendogli di ritentare, perchè si poteva dubitare della esattezza di esecuzione della ricetta e della qualità della stovaina usata dal farmacista. Egli acconsente, ritenta; ma pochi giorni appresso ritorna sconfortato: ha fatto applicazioni lunghissime sempre senza effetto; applicando ripetutamente in una giornata da mattina a sera fino a poco prima del coito la pomata, ottenne appena un risultato positivo del tutto tenue ed effimero.

Gli si ridà la soluzione acquosa al 5 %, da cui ottiene ottimo effetto (durata del coito min. 12').

I risultati di questo caso sono eloquenti. Si tratta di un individuo intelligente e giovane, che nulla sa dell'azione anestesica o ipoestesica della soluzione usata, in cui quindi è esclusa ogni possibile suggestione come è provato anche dal fatto che l'applicazione della pomata, fatta nella stessa regione e con uguale metodo, riuscì quasi completamente inefficace.

Questo diverso comportamento della stovaina sospesa in eccipiente grasso ci giunse a tutta prima inatteso. Crediamo però di poterlo spiegare considerando il meccanismo di assorbimento e di azione di questa sostanza, la quale ha molto probabilmente una speciale affinità per i grassi, da cui difficilmente si libera per attraversare lo strato corneo della cute impermeabile ai grassi e raggiungere gli organi periferici nervosi. In soluzione acquosa, questo passaggio avviene facilmente sia perchè il coefficiente di solubilità della stovaina in acqua è relativamente basso, sia specialmente perchè lo strato corneo della cute si lascia dal solvente facilmente attraversare (imbevere, rigonfiandosi).

Un'analoga azione dei grassi usati come veicoli è stata dimostrata recentemente nel nostro Istituto per la stricnina, come sarà altrove esposto.

Concludendo, ci sembra di potere nei casi di *ejaculatio praecox* consigliare con speranza di successo l'applicazione prolungata (di 10 a 20 minuti) prima del coito di batuffoli di ovatta imbevuta in una soluzione al 5 % di stovaina

sulla superficie della corona del glande, allogandoli comodamente nel sacco prepuziale e che si allontanano all'inizio dell'atto. Ciò produce una temporanea anestesia o ipoestesia di questa zona riflessogena, il che ha per effetto un ritardo notevole dell'ejaculazione.

È necessario però evitare un'azione più prolungata o più profonda, coll'uso di soluzioni più energiche, perchè una tale anestesia può avere come conseguenza immediata soppressione temporanea (che però può durare anche un'ora) dell'erezione, che naturalmente si ristabilirà colla scomparsa dell'azione anestesica.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Indicazioni terapeutiche nella chiusura calcolosa del coledoco; statistica e indicazioni di tecnica.

(Prof. dott. L. HEIDENHAIN. *Muenchener medizin. Wochenscrift*, n. 19, 1913).

Nella calcolosi biliare esiste indicazione all'intervento chirurgico se le coliche sono frequenti e se tra un'attacco e l'altro permane, spontaneamente o provocato dalla pressione, un dolore nella regione della cistifellea; oppure se esiste un continuo stato dispeptico; se la vescica biliare rimane palpabile; se il fegato è ingrossato; se esiste stato subitterico che si prolunga per settimane; se compaiono attacchi di brividi ripetuti; se infine si hanno segni di stenosi pilorica o duodenale. L'esperienza ha mostrato che in tali casi le cure di acque minerali non giovano. È consigliabile anche più caldamente l'operazione agli individui che hanno più di 40 anni e che soffrono da molto tempo: essi hanno sempre dalle lesioni irreparabili e sono esposti al rischio dell'insorgere del cancro.

Appena compare l'ittero, l'importanza dell'operazione aumenta. Sappiamo teoricamente che può trattarsi tanto di una chiusura infiammatoria del coledoco, come dell'incuneamento di un calcolo, senza che in ogni singolo caso si possa dire con certezza quale sia la cagione dell'ittero. Alla ricerca dei calcoli nelle feci l'A. dà poco valore, perchè trovandoli si ha la prova che sono passati attraverso il coledoco alcuni calcoli; ma non si può sapere se ne siano rimasti degli altri, anche se l'ittero scompare, perchè è noto che i calcoli del coledoco non dànno sempre l'ittero e che vi sono perfino degli individui con calcolosi gravi del coledoco, i quali non hanno mai avuto itterizia.

Attualmente pochi sono inclinati a operare la chiusura acuta del coledoco dei calcolosi. Anche l'A. ha quasi sempre in tali casi rifiutato di operare, ma ritiene di non aver fatto bene. Infatti in un certo numero di casi, dopo un certo tempo, l'ittero scompare, ma non si ha la certezza che il coledoco sia rimasto libero; in altri invece l'ittero si attenua e gli ammalati che credono di star meglio, non si lasciano più persuadere alla operazione, benchè il chirurgo abbia la certezza che i calcoli abbiano ancora sede nel coledoco. Dopo settimane o mesi o anni questi malati vanno incontro alle più gravi complicazioni e debbono esser sottoposti all'intervento chirugico, mentre hanno una molto minore probabilità di guarigione.

La statistica dell'A. comprende 328 casi curati dal 1897 al 1912. Molti malati, specialmente nei primi anni furono operati più di una volta, perchè non fu sempre possibile guarirli con un solo intervento. Negli empiemi della cistifellea e nelle angiocoliti settiche da calcolosi coledocale faceva prima la colecistostomia, poi la colecistectomia o l'asportazione dei calcoli del coledoco; ma negli ultimi anni ha preferito operare in un sol tempo; perchè gli è parso che in tal modo l'operazione non sia sensibilmente più grave, mentre la prognosi è più favorevole, se l'infermo viene immediatamente liberato dalla cagione della malattia. Dopo la seconda operazione ha veduto comparire gravi fenomeni di debolezza in infermi che avevano ben sopportato il primo intervento. Uno dei suoi malati soccombette per questa cagione.

La statistica dell'A. riguarda 328 malati che possono esser divisi in 4 gruppi:

1. Casi non complicati, relativi a infermi operati nell'intervallo fra i singoli attacchi; oppure casi di idrope cronica della cistifellea, di colecistite acuta, senza grave sepsi; di postumi dei calcoli; come le stenosi cicatriziali del coledoco, ecc.: 181 con 3 morti = 1. %.

2. Casi settici: gravi empiemi della cistifellea, angiocoliti, gangrena della vescica biliare, perforazioni nel peritoneo, peritoniti: 44 con 9 morti = 20.5 %.

3. Calcoli coledocali con o senza sepsi; separare queste due categorie è praticamente impos-

sibile, perchè molti calcoli del coledoco decorrono con frequenti brividi e si deve ammettere un'infezione delle vie biliari, anche se nel momento dell'esame non v'è febbre: 81 con 15 morti = 18.5 %.

4. Cancri originati dalla vescica biliare: 22 con 8 morti = 36.4 %.

I casi non complicati furono dunque 52.2 %, i settici 13.04 %, le coledocotomie 24.7 % e i cancri 6.7 %.

Nella statistica delle cagioni di morte si rileva che vi furono in tutto 2 peritoniti operative, 2 polmoniti, 2 miocarditi, 2 collassi operatori; tutti gli altri casi soccombettero alla sepsi o alle peritoniti preesistenti, alla colemia, all'esaurimento per inanizione o per carcinosi. Quasi tutti i casi di morte appartengono alle categorie delle calcolosi biliari complicate.

L'A. ritiene perciò che, se si consiglia di operare ogni individuo calcoloso itterico, quando l'ittero non scompare completamente in una settimana e l'ammalato non si riha completamente, si salverà la vita a un gran numero di malati.

L'A. ritiene che si avranno buoni risultati, prima di tutto, perchè durante l'attacco acuto, il malato si lascerà decidere più facilmente alla operazione; poi, perchè l'operazione in tali circostanze, non è affatto più pericolosa, ma per molti riguardi più facile e più sicura e il tempo necessario alla guarigione è più breve che nelle occlusioni croniche del coledoco.

Se un calcolo permane a lungo nel coledoco, in molti casi, se non in tutti, si sviluppa un catarro litogeno, sia che si sviluppi una infiammazione acuta che si inizia con brividi e che decorre poi con o senza catarro, sia che si sviluppi un catarro delle vie biliari a decorso cronico. Un tal catarro che rende densa la bile, che produce dei precipitati biliari, delle concrezioni e una secrezione di muco nel coledoco e nelle vie biliari più alte, pone in dubbio la guarigione della malattia; è ben vero che molti malati, dopo un prolungato drenaggio delle vie biliari finiscono per guarire completamente, ma non possiamo offrire sulla loro guarigione quella sicurezza che ci è permessa quando i calcoli sono nella vescica biliare.

Si deve perciò far di tutto per operare i calcoli del coledoco, prima che si sia stabilito nelle grosse vie biliari il catarro litogeno.

Tra i casi di calcolosi del coledoco ce ne erano molti nei quali il dotto era sottile come un coledoco normale; la dilatazione esisteva solo intorno al calcolo e molte volte la ricerca dei calcoli presentò difficoltà serie e non si potè sempre aver la certezza di averli asportati tutti.

Ogni volta che nel collo della vescica biliare non si trova un grosso calcolo occludente, in modo che il coledoco deve esser libero certamente, questo condotto deve esser esplorato. Se si palpa la porzione libera del coledoco e l'epatico con l'indice sinistro nel foro di Winslow e il pollice sulle grosse vie biliari, si possono palpare dei grossi calcoli con relativa facilità, ma i piccoli possono sfuggire. Si giunge solo a un sospetto che ci spinge a eseguire la coledocotomia. L'A., dopo aver palpato la porzione libera delle vie biliari, isola col dito indice il duodeno al margine inferiore del forame di Winslow e spesso constata con sorpresa che si possono in tal medo palpare facilmente dei grossi calcoli della porzione retroduodenale del coledoco, che prima non si erano potuti constatare. L'A. ritiene che in ogni caso sospetto di calcolosi del coledoco non si debba trascurare la preparazione del duodeno, tanto più che non ha mai veduto seguire ad essa alcun danno. La palpazione della porzione retroduodenale del coledoco si fa mettendo l'indice dietro e il pollice avanti al duodeno.

La sezione intraepatica delle grosse vie biliari non si può esplorare con esattezza, perchè non si può giungere oltre un certo livello nel fegato e perchè è facile respingere i calcoli in alto, senza accorgersene, tanto se si spingono dei liquidi nelle vie biliari, come se si introduce in esse una pinza. È a tutti noto con quanta frequenza avvenga che dopo operazioni che sembravano complete, gli infermi, durante le medicature, abbiano emessi calcoli che con tutta verosimiglianza erano discesi dall'epatico!

Come possono giungere i calcoli nel fegato? Manifestamente vi sono due possibilità. La prima è il catarro litogeno e la formazione di calcoli nelle sezioni alte delle vie biliari; la seconda è la migrazione in alto di calcoli della vescichetta biliare che erano giunti nel coledoco. A proposito di questa ultima possibilità, l'A. ha fatto la seguente supposizione: quando esiste una chiusura acuta calcolosa del coledoco, le vie biliari si dilatano fortemente e i calcoli possono quasi nuotare liberamente in esse. La bile sulle pareti dei canali tende a progredire verso il basso; i calcoli, che nuotano in essa, vengono spinti in alto da una corrente centrale retrograda, precisamente

come il contenuto intestinale nei casi di chiusura intestinale o i corpi estranei del condotto uditivo esterno, quando li facciamo uscire con l'iniezione di liquidi. I calcoli si incuneano dove le vie biliari divengono troppo strette per essi, oppure vengono fissati se il deflusso della bile nell'intestino si ristabilisce e le vie biliari perciò si restringono.

Una grande parte di queste difficoltà vengono evitate se si operano le chiusure acute del coledoco, come l'A. ha cominciato a fare. Il coledoco è allora molto ampio. Aperto, ne esce bile sotto pressione insieme con concrezioni che avevano sede nelle vie biliari alte; i calcoli sono mobili e è facile asportarli; infine l'ampiezza delle vie biliari permette l'introduzione di drenaggi sufficientemente grandi.

E' poco chiaro come si possano con qualche utilità fare dei lavaggi delle vie biliari dopo il trattamento operativo. Se si lava attraverso il drenaggio coledocale, i calcoli vengono spinti in alto o in basso; se si lava dopo che il drenaggio è stato tolto, è difficile ritrovare l'apertura del coledoco e, se l'apertura di questo non è molto grande, non si può sperare che i calcoli passino tra il tubo che serve al lavaggio e il margine della apertura del coledoco. Quando si sono tolti i drenaggi dell'epatico o del coledoco e si pone un tubo fino al fondo della ferita, si possono coi lavaggi asportare i calcoli, che sono spontaneamente passati dalla fistola del coledoco nella ferita; ma non si può fare altro!

L'A. ritiene inutile il drenaggio a **T** recentemente proposto da Kehr, perchè esso conduce verso la papilla le concrezioni che un drenaggio comune condurrebbe all'esterno. In genere i prolungati deflussi di bile non producono pericoli, se non si tampona eccessivamente intorno al drenaggio, cosicchè la ferita possa chiudersi rapidamente appena lo si ritenga opportuno.

Si deve cercar di evitare che si formino aderenze tra il fegato e lo stomaco e l'intestino. Perciò è bene lasciare una parte della sierosa della vescica biliare per chiudere con essa il letto della cistifellea. Quando il coledoco è certamente privo di calcoli, il moncone del dotto cistico può venir coperto di peritoneo e la parete addominale si può chiudere completamente. Se si deve lasciare un tubo di drenaggio nel coledoco e se si deve tamponare, bisogna porre l'omento al di sopra del colon e fissarlo in modo che lo stomaco, il duodeno e il colon non aderiscano alla faccia inferiore del fegato. Questa pratica è importante specialmente nei casi nei quali esisteva una aderenza del duodeno o del piloro con la vescica biliare o con la faccia inferiore del fegato. Essa rende inutile la gastro-enterostomia.

L'A. conclude che, tanto per considerazioni di indole generale, come per ragioni tecniche, è indicato di raccomandare caldamente l'operazione in casi di chiusura calcolosa acuta del coledoco, se entro una settimana l'ittero non è scomparso e le condizioni generali dell'infermo non si sono ristabilite completamente e, infine, anche per altre considerazioni, non si abbia la certezza che non siano rimasti calcoli nel coledoco.

G. Egidi.

Sulla colecistectomia a caldo nelle colecistiti acute calcolose.

(Leriche e Cotte. *Revue de chir.*).

L'intervento precoce nelle colecistiti acute infettive ha oggidì numerosi partigiani, e guadagna sempre più terreno; grazie all'intervento il malato è a riparo da complicazioni infettive, che spesso in passato aggravavano l'infezione della cistifellea. Ma se il principio dell'intervento è ammesso, è assai differente il modo di intervenire, essendovi chi pratica sistematicamente la colecistectomia a caldo, chi fa il semplice drenaggio della cistifellea, e chi fa la semplice colecistostomia, tranne nei casi di infezioni flemmonose o gangrenose.

Gli AA. si dichiarano partigiani della colecistectomia a caldo.

Le colecistiti infettive seguono alla febbre tifoide ed alla calcolosi nella grandissima maggioranza dei casi. Delle prime si occupò l'anno scorso Quénu; delle seconde si occupano ora Leriche e Cotte.

In linea generale queste dipendono da una ostruzione brusca del cistico da parte di un calcolo: la cistifellea si infiamma, si tumefà, le sue pareti si congestionano, si infiltrano, si ispessiscono; il contenuto si intorbida, le pareti si distendono, ed il suo volume aumenta.

Si hanno varie forme di colecistiti: le suppurative, le emorragiche, le flemmonose o le gangrenose, secondo il contenuto della cistifellea. Nelle forme emorragiche la congestione dell'organo è particolarmente intensa, ed i piccoli vasi della parete si rompono e dànno origine ad infiltrazioni sanguigne: si hanno inoltre trombosi venose o arteriose che probabilmente sono anche causa di tali emorragie. Le forme flemmonose si verificano quando l'intervento è tardivo.

Le colecistiti acute infettive appaiono in due condizioni differenti. Nel primo caso si tratta di vecchi calcolotici, con veri attacchi di colica nell'anamnesi. In questi l'inizio della crisi si manifesta con un dolore molto più violento, si ha contrattura della parete della regione ipocondriaca destra, quivi eventualmente la presenza di una tumefazione; e poi segni di reazione peritoneale, quali la sensibilità diffusa dell'addome, il meteorismo, lo arresto di gas e di feci; e segni d'infezione generale quali la piccolezza del polso, la dispnea, l'alterazione della faccia, la secchezza della lingua. Talvolta vi sono segni concomitanti di angiocolite; urine scarse con pigmenti biliari, subittero dei tegumenti. Però la diagnosi può riuscire difficile quando i suddetti fenomeni compaiono in individuo fino allora in buona salute; si può in tal caso pensare ad un'appendicite. Ma ciò poco importa; il peritoneo è minacciato ed occorre intervenire.

Non si può senz'altro ammettere che le infezioni acute della cistifellea sono meno gravi di quelle dell'appendicite. Se è vero che alcune colecistiti acute guariscono senza intervento è pure vero che ve ne sono altre che portano alla tomba per perforazioni, per flemmoni biliari, per suppurazioni perivescicolari estese, per setticemie più o meno estese, per suppurazioni epatiche, per pileflebiti, per ascessi vasti sottodiaframmatici. Occorre, dunque come per l'appendicite, operare ogni volta che la flogosi della cistifellea si manifesta d'un tratto con segni di inizio spiccati, con febbre alta, con brividi, o con sintomi di reazione peritoneale diffusa. Non vi è dubbio che in questi casi l'intervento rappresenti una indicazione vitale e sia più facile dell'operazione a freddo, quando la cistifellea, per più o meno fitte aderenze cogli organi vicini si è atrofizzata, retratta e nascosta tra lo stomaco, l'intestino e l'epiploon. Alle medesime conclusioni sono venuti Körte, Braun, Arnsperger, Exner. Circa la scelta del processo gli inglesi e gli americani riserbano l'ectomia alle forme flemmonose e gangrenose. Le medesime restrizioni vengono fatte in Francia (Faure e Labey), Quénu non parla di ectomia. Dopo avere indicati i segni locali e generali che reclamano l'urgenza, questo A. riprende la formula di Chauffard, e dice che l'individuo infetto non può aspettare, ed il drenaggio biliare rimane come la sola sua ancora di salvezza.

Secondo gli AA. però la colecistostomia è il più spesso insufficiente a fare cessare i fenomeni infettivi, che risultano dall'infezione vescicolare. Dopo la *stomia* si è visto produrre peritoniti da perforazioni a livello del collo; o accidenti settici a livello del fegato o dei reni; o setticemie mortali secondarie.

Insomma, tutte le volte che lo stato generale del malato lo permette, bisogna fare l'operazione radicale, e si farà invece il semplice drenaggio negli stati generali assai gravi, o quando si incontrino troppo grandi difficoltà operatorie. Del resto l'ectomia si può sempre eseguire se l'intervento si fa precocemente. Questo dovrà eseguirsi nel seguente modo:

Dopo abituale disinfezione, sotto anestesia eterea, messo l'ammalato in posizione supina, si fa un'incisione curva sottocostale, o parallela al margine del muscolo retto nel punto sagliente della tumefazione vescicolare, e si apre il peritoneo. Se la cistifellea è libera, si asporta l'organo, e si pone una pinza sul cistico vicino all'epatico. Si legherà l'arteria cistica previamente. Un drenaggio si pone a contatto del cistico, che bisogna lasciare sempre aperto, una pezza è posta al disotto. Quindi si sutura la più gran parte dell'incisione. Se nel peritoneo si riscontrano i segni di una peritonite diffusa od in via di diffusione, basterà vuotare del liquido la cavità e quindi iniettare una soluzione di olio canforato all'1 per mille.

Se la cistifellea è nascosta in un focolaio di peritonite circoscritta, con epiploon e grosso intestino aderenti ad essa, si libera in primo tempo la vescichetta da detti organi, con pazienza e con prudenza, asciugando con tamponi degli ascessolini che eventualmente venissero a rompersi con la rottura delle aderenze. Ciò fatto l'ablazione della cistifellea rimane facile cosa.

Dal lato del fegato, esiste spesso una infiltrazione edematosa o flemmonosa della zona interepato-cistica, che facilita molto lo scollamento della cistifellea. Dopo di essersi assicurati che non v'è nulla nelle vie biliari principali, si termina l'operazione mettendo un drenaggio ed una pezza a contatto del cistico. Se invece vi sono calcoli nel coledoco, si portano via.

Nei casi di ascessi perivescicolari, o di flemmoni biliari, è impossibile quasi sempre l'ablazione dell'organo. Ma ciò, si ripete, non si verifica coll'intervento precoce.

Dopo l'intervento si può fare una ipodermoclisi, iniezioni di stricnina se vi era meteorismo prima dell'intervento, e dei clisteri di siero secondo il metodo di Murphy. Alla fine del 15. giorno si ritirano le pezze, non rimane che il drenaggio, la fistola poi man mano si chiude, e può scomparire anche in meno di un mese.

Gli AA. adunque credono di poter concludere senza restrizioni per la superiorità dell'ectomia a caldo nella cura delle colecistiti acute calcolose, operazione facile, non dannosa e capace di un risultato lontano come l'appendicectomia precoce garantisce il risultato immediato e lontano nella cura dell'appendicite. G. QUARTA.

NEUROLOGIA.

Ascesso del lobo parietale.

(Emianestesia, dismetria e bradicinesia, asinergia, aprassia, perturbazioni delle funzioni di arresto)

per il dott. ANDREA THÖMAS.
(Società neurologica di Parigi. Seduta del 3 aprile 1913).

L'osservazione è interessante oltre che dal punto di vista clinico e fisiologico, anche perchè si tratta di una localizzazione piuttosto rara degli ascessi traumatici, e perchè si è formato pur essendo da trauma senza che vi fosse comunicazione fra l'esterno e l'interno.

G... G..., di 18 anni. Presentatosi all'Ospedale Saint-Joseph il 17 febbraio 1913.

Il 25 dicembre 1912 giuocando a football ricevè una pallonata in testa. Cadde, rimase qualche istante stordito ma senza perdita della conoscenza. Rialzato si accorse che non poteva muovere bene la mano, e che non poteva reggersi sulla gamba destra. Nella giornata migliorò e la sera poteva ricamminare. Il 1° gennaio 1913 perdè improvvisamente la coscienza ma non ebbe convulsioni, aveva ancora un certa difficoltà nella gamba destra, si serviva abbastanza bene della mano. Il 15 gennaio cominciò nuovamente a non servirsi bene della mano destra, inoltre si lamentava di dolori di testa violenti localizzati nella regione frontale. Inoltre era dimagrito, il sonno non era più buono, la vista non era più buona, e in qualche momento non vedeva affatto.

Sunto esame obbiettivo (17 febbraio 1913):

Arto superiore destro. — Lieve resistenza ai movimenti passivi nei muscoli dell'arto superiore destro. Forza muscolare solo lievemente diminuita, esiste un lieve grado di paresi. Riflessi tendinei ed ossei esagerati. Non esiste una vera atassia in questo arto, peraltro invitando il paziente a portare l'indice, con il braccio teso e in abduzione forzata, sulla punta del naso si nota qualche deviazione verso destra o verso sinistra. Ad occhi chiusi questa prova non dà risultati diversi. Tutti i movimenti attivi sono compiuti ma con evidente lentezza. Si nota inoltre asinergia sotto certe influenze: se gli si dice di mettere l'indice destro sull'orecchio destro vi giunge per la via più corta, ma se il malato si trova nel decubito orizzontale perfetto, il movimento è decomposto e l'avambraccio si flette bruscamente sul braccio, poi la mano si dirige alla ricerca dell'orecchio.

Anche la adiadococinesia è turbata nel senso che l'esecuzione dei movimenti successivi e alternativi è lenta.

Molto sviluppati sono i movimenti associati: (la chiusura della mano sinistra provoca la chiusura di quella destra, ecc.).

Ipoestesia tattile molto netta specie sulla mano, inoltre gli stimoli non sono localizzati con esattezza, nè può al tatto percepire con sicurezza e raffinatezza le qualità dei diversi oggetti (lisci, rugosi più o meno, ecc.). Il caldo e il freddo sono ben percepiti, ma con qualche errore di localizzazione.

I movimenti volontari di difesa al dolore a destra sono meno netti. Sensibilità articolare notevolmente diminuita.

Sensibilità stereognostica molto alterata.

L'esecuzione degli atti anche i più semplici è molto alterata assai più di quello che potrebbero far supporre l'esame della motilità e della sensibilità (vestirsi, spogliarsi, ecc.).

Del pari per mangiare non sa più prendere la sua forchetta. Comandandogli di scegliere un oggetto fra parecchi che sono davanti a lui commette spesso errori tanto con la mano destra che con la sinistra. Esiste cioè aprassia che per comandi più difficili è anche più evidente.

Faccia. — Lievissima paresi del faciale destro. Iprestesia tattile sulla metà destra della faccia.

Tronco. — Gli stessi disturbi della sensibilità. Diminuzione a destra del riflesso cremasterico e del cutaneo addominale.

Arto inferiore destro. — Forte diminuzione della forza nel piede, non nella gamba e nella coscia. Leggera ipotonia ai movimenti passivi. Rotuleo e achilleo eguali dai due lati. Flessione combinata della coscia a destra. Riflesso plantare in estensione. Movimenti associati molto netti (sincinesie). Non atassia, ma i movimenti di portare il tallone destro su punti stabiliti (ginocchio sinistro, ecc.) sono fatti bruscamente. Nella deambulazione alza il piede destro più al sinistro.

Sensibilità. — Ipofia maggiormente spiccata in corrispondenza del piede.

La sensibilità profonda è assai diminuita specie in corrispondenza dell'articolazione tibio-tarsica e delle dita.

Le estremità sono cianotiche e fredde a destra.

Esame del linguaggio. — Non afasia. Qualche volta riesce difficile la rievocazione dei vocaboli, quantunque quella dei vocaboli ordinari avvenga correntemente. Bisogna su questo disturbo tener calcolo della perdita generale della memoria: non ricorda con precisione il suo indirizzo, interrogato sul mese dice essere il principio dell'estate mentre è all'inizio del febbraio.

Dice correntemente i giorni della settimana, su i mesi si arresta a settembre.

La designazione degli oggetti che gli vengono presentati è buona, perfetta è la ripetizione delle parole

Lettura ad alta voce; legge il « Temps » nei caratteri grossi, non può leggere i caratteri piccoli. Presenta non una vera cecità verbale, ma piuttosto una cecità letterale. È capace di dire quali lettere entrino a formare una data parola, ma non è capace di compiere il procedimento inverso, di formare la parola con le lettere che gli vengono dette. Molto compromessa è la lettura delle cifre.

Con la mano destra non è capace di tenere la penna. Con la sinistra può ricopiare quello che vede stampato (caratteri grossi).

20 febbraio. — Esame oftalmoscopico, doppio papillo da stasi.

22 id. — Puntura lombare, liquido esce senza getto, non albumina, molti elementi figurati.

26 id. — Deambulazione più difficile, nel voltarsi tende a cadere a destra. Sensibilità più alterata.

28 id. — Condizioni generali aggravate, torpore, spesso vomito. Papilla da stasi enorme da ambo i lati, con emorragie a sinistra.

1° marzo. — Per la prima volta elevazione temperatura a 40 gradi.

3 id. — Rigidità della nuca, Kernig, abolizione dei riflessi patellari.
4 id. — Torpore più accentuato.
6 id. — Incontinenza, contratture braccio destro, non risponde più ad alcuna domanda.
11 id. — Contrattura arto inferiore destro.
13 id. — Morte.

Autopsia. — Mostra un ascesso grosso quanto un piccolo arancio in corrispondenza del lobo parietale superiore e del precuneo di sinistra. La pia al disopra dell'ascesso è ispessita e aderente. L'ascesso risulta di un liquido verdastro, senza odore, nel quale si poterono isolare due o tre diplococchi incapsulati. L'ascesso è incapsulato da una membrana piogenica in via di organizzazione connettivale.

La cavità ascessuale si infossa profondamente nel centro ovale, e la sacca invia un diverticolo il cui fondo riposa sul pilastro anteriore del trigono, e non si apre nel ventricolo laterale, ma in alto tocca le irradiazioni del corpo calloso.

Nessun altro focolaio purulento nel resto del cervello.

La diagnosi del caso si mostrò al principio alquanto incerta perchè non si poteva raccogliere con esattezza l'anamnesi. Non si riusciva infatti a sapere se la sindrome si era sviluppata subito dopo il trauma nel suo complesso quadro o se questo si era sviluppato a poco a poco.

A poco a poco si potè accertare questo secondo fatto e allora la diagnosi di ascesso cerebrale si impose, avvalorata dai reperti semeiologici. La stasi papillare già ammaestrava che doveva esserci un processo capace di aumentare la tensione endocranica quindi un tubercolo, un tumore o un ascesso. Mentre si stabiliva questo reperto si veniva a sapere che solo una parte dei sintomi si erano verificati dopo il trauma, gli altri a poco a poco nel volgere di qualche settimana. Quindi alla sintomatologia dovuta al trauma si era aggiunta la sintomatologia di un altro processo che logicamente non poteva essere che un ascesso.

Il malato non fu operato per le sue condizioni di cachessia, e per i relitti di una vecchia pericardite che rendevano inutile l'intervento.

Dott. F. SABATUCCI.

Il fascicolo di ottobre 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

PEDIATRIA.

Evoluzione della tubercolosi medica nei poppanti.

(Relazione del dott. RENÉ CRUCHET al Congresso di ginecologia, ostetricia e pediatria. Lilla, 25-28 marzo 1913).

Il carattere generale delle diverse forme cliniche della tubercolosi nei poppanti è che esse nella grande maggioranze dei casi hanno un decorso latente, torpido, e che l'affezione presenta una notevole tendenza a generalizzarsi.

La forma acuta, che è relativamente rara, è costituita dalla tubercolosi miliare, che nel poppante raramente assume l'andamento classico con febbre elevata, sibili polmonari, cianosi, diarrea, ecc. In genere, dopo un periodo a sintomatologia incerta compaiono fenomeni più gravi quali l'anemia, il dimagramento, sintomi respiratori vaghi, febbre irregolare, tosse: dopo un periodo più o meno lungo di tale sintomatologia si manifestano i fenomeni caratteristici della meningite tubercolare.

Le forme subacute o *croniche* sono invece più frequenti. L'inizio di queste forme presenta una sintomatologia vaga ed è di difficile diagnosi. L'A. distingue sei tipi differenti a seconda del quadro clinico che caratterizza il periodo iniziale: il *tipo anemico*, il *gastro-intestinale*, il *polmonare*, il *ganglionare*, il *cutaneo* ed il *nervoso*.

Il *tipo gastro-intestinale o addominale* assume la cute con tendenza al colorito verdastro. Il bambino in genere dimagra notevolmente.

Il *tipo gastro-intestinale o addominale* assume la forma o di semplici disturbi digestivi (enteriti o diarree, vomiti) che resistono a tutte le cure, o anche di una affezione latente del peritoneo caraterizzata da aumento di volume dell'addome, meteorismo, e circolazione collaterale. Il dolore in genere manca e la reazione febbrile è nulla. Il tipo addominale può anche presentarsi sotto la forma atrepsica, caratterizzata da estremo dimagramento, ventre rientrante, la cui pelle appare aderente ai tessuti sottostanti, braccia e gambe scheletriche, faccia scimiesca, sistema pilifero abnormemente sviluppato. In questo tipo si riscontra in genere ingrossamento della milza, del fegato e delle ghiandole linfatiche sottocutanee.

Il *tipo respiratorio* o *polmonare* è, come il tipo addominale, il più comune a riscontrarsi. Uno dei sintomi che più richiamano l'attenzione è dato dalla tosse secca, ad accessi, che è più intensa di notte e che spesso disturba il sonno. I sintomi obbiettivi toracici o mancano o sono talmente vaghi da rendere difficile la diagnosi: la percussione non svela modificazioni della sono-

rità: l'ascoltazione sola può fornire dei sintomi molto incerti. Gli apici polmonari in genere appaiono normali. Qualche volta, nello spazio interscapolare a livello della quarta e quinta vertebra dorsale si può udire un respiro soffiante o anche un vero soffio bronchiale (l'ascoltazione in tal caso si fa meglio con lo stetoscopio biauricolare), e tale sintomo può rivelare la presenza di una adenopatia tracheo-bronchiale. In qualche caso si possono ascoltare dei rantoli accompagnati o non da sibili passeggeri; ma questi costituiscono un sintomo tutt'altro che patognomonico e che può lasciare il medico veramente perplesso nel giudicare se può o no far pensare all'inizio di una tubercolosi polmonare.

Il *tipo ghiandolare* ha diversa importanza a seconda del gruppo di ghiandole che è interessato. La presenza di ghiandole palpabili nell'addome non è sempre facile a diagnosticarsi e ciò spesso richiede manovre che possono riuscire pericolose. Del resto quando la palpazione riesce a svelare delle ghiandole peritoneali ingrossate, la tubercolosi addominale deve essere già avanzata, e molto probabilmente sono già comparsi da qualche tempo sintomi intestinali o peritoneali che possono già aver fatto pensare alla origine tubercolare della malattia.

Maggior valore ha l'*adenopatia tracheo-bronchiale*: ma questa, all'inizio, si manifesta raramente con sintomi evidenti: e se qualche volta si può svelare mediante un soffio che si ode nello spazio interscapolare, o anche mediante accessi di tosse rauca o a tipo convulsivo, spesso invece non si riesce a diagnosticare con i mezzi comuni di ricerca.

La terza forma di lesione ghiandolare assume la forma di *micropoliadenopatia periferica generalizzata*: questa è più facile a porsi in evidenza, ma ha un valore diagnostico molto meno notevole, poichè non sempre sta ad indicare una lesione tubercolare. Infatti la micropoliadenopatia può a volte comparire anche in seguito ad affezioni acute (tifo, febbri eruttive. gastro-enterite, ecc.) pscialmente quando la convalescenza è lunga.

Il *tipo cutaneo* è raro a riscontrarsi: è caratterizzato dapprima dalla comparsa di piccoli noduli duri ed indolenti che si palpano nel tessuto cellulare sottocutaneo, e che non sono aderenti alla pelle: in seguito il nodulo invade a poco a poco il derma; la pelle sovrastante diviene bruna, poi violacea: il nodulo si rammollisce e si forma una piccola raccolta fluttuante che si apre di rado spontaneamente: in tal caso può lasciare una fistola che guarisce lentamente, a volte il nodulo regredisce a poco a poco fino a scomparire.

Il *tipo nervoso* è caratterizzato dal cambiamento di carattere, da tristezza ed irritabilità, sonnolenza, ecc. Però questi sintomi di per sè non hanno un valore reale, e vanno considerati con una certa riserva. Questi sono i tipi che possono manifestarsi a caratterizzare il periodo iniziale della tubercolosi nei poppanti, ed in complesso si deve dire che in questo periodo la diagnosi è molto difficile e spesso impossibile a farsi. La clinica sola non offre la possibilità di una diagnosi sicura, e le ricerche di laboratorio offrono un aiuto spesso scoraggiante. Forse si deve fare qualche eccezione a questo riguardo per le indicazioni fornite dalle reazioni alla tubercolina quando sono positive.

PERIODO DI STATO. — Dopo qualche mese dall'inizio la diagnosi della tubercolosi nel poppante offre presso a poco le medesime difficoltà che nel primo periodo. I sintomi clinici sono è vero più marcati, ma difficilmente presentano qualcosa di veramente caratteristico. I vari tipi non costituiscono che delle sindromi che nulla hanno di veramente patognomonico.

Per quanto riguarda l'adenopatia tracheo-bronchiale si potranno avere, in un periodo avanzato, dei sintomi netti, ma il medico potrà sempre rimanere con il dubbio se l'adenopatia sia di origine bacillare o no. Infatti secondo l'A. si deve ritenere che non tutte le adenopatie tracheobronchiali sieno tubercolari, poichè, quantunque si dica che la tubercolosi è diffusa notevolmente anche nei bambini, pure egli ritiene che sia difficile di affermare che quasi tutti i bambini debbano esser tubercolosi per il fatto che quasi tutti presentano i sintomi dell'adenopatia tracheo-bronchiale.

I sintomi polmonari nel periodo di stato possono divenire molto evidenti fino a rivelare il quadro di una bronchite o di una broncopolmonite: ma anche in tal caso è difficile che la diagnosi possa farsi con sicurezza come nell'adulto poichè i rantoli disseminati o anche il soffio bronchiale che si può udire cuoprono completamente i sintomi cavitari, che quando esistono, non vengono mai rilevati durante la vita.

È per queste ragioni che anche in un periodo avanzato è necessario ricorrere alle ricerche di laboratorio per avere, se è possibile, la conferma di una diagnosi che il più delle volte è semplicemente di presunzione. In questo periodo i metodi di ricerca del bacillo di Koch sono quelli che dànno i migliori risultati, anche più probativi della cuti e della intradermo-reazione. Un fatto degno di nota è questo che più la tubercolosi è grave e minore è la reazione alla tubercolina. Questo fatto, che è specialmente evidente nei poppanti, rende preferibile di praticare

la ricerca del bacillo di Koch. L'A. si basa in special modo sulla ricerca di questo bacillo nelle feci, che molte volte gli ha permesso di confermare delle diagnosi dubbiose.

L'inoculazione alle cavie (sia del catarro che si può tirar fuori dal faringe, sia del liquido vomitato, come anche del pus che si può tirar fuori da qualche ascesso cutaneo), la ricerca del bacillo nel liquido cefalo-rachideo, l'esame radiologico, ecc., possono dare anche in questo periodo dei buoni risultati.

PROGNOSI. — La tubercolosi nel poppante è grave. Il processo tende a generalizzarsi e la morte avviene spesso non più tardi di due o tre mesi dall'inizio del periodo di stato. L'esito letale può essere a volte affrettato da complicazioni improvvise, tra le quali la meningite è la più frequente. Vi sono dei casi nei quali il processo può rimanere latente o stazionario anche per tutta la vita (specialmente le adenopatie tracheo-bronchiali) e vi sono delle forme che possono anche guarire: ma in generale si deve ritenere che nel poppante la tubercolosi è molto più grave che in tutte le altre età della vita.

M. F.

DIAGNOSTICA.

La cuti-reazione della sifilide.

(NOGUCHI. *La Presse médicale*, 17 settembre 1913).

Gli studi recenti di numerosi scienziati hanno messo in evidenza il fenomeno biologico dell'anafilassi e ne hanno dimostrato la specificità, che diversi autori hanno cercato di utilizzare per la diagnosi di certe malattie. Così per la tubercolosi noi conosciamo la reazione alla tubercolina di Koch, la cuti-reazione di von Pirquet, l'oftalmoreazione di Calmette; per la morva la prova della malleina, per la febbre tifoide l'oftalmo-reazione di Chantemesse.

La reazione locale fondata sulla ipersensibilità fu utilizzata per la prima volta da von Pirquet.

Sembra che in certe malattie infettive croniche, quali la tubercolosi e la sifilide, questo fenomeno designato da von Pirquet sotto il nome di allergia, si sviluppi e possa essere messo in evidenza con un processo simile. Ma prima di potere impiegare questo reattivo, è necessario ottenere i principî costituenti il germe infettivo sotto forma pura e concentrata. Il reattivo deve essere estratto dal materiale ottenuto dalle culture pure del microrganismo.

La cuti-reazione di von Pirquet e le altre reazioni basate sul principio dell'anafilassi furono rese possibili dalle culture pure dei singoli germi infettivi.

Per ciò che riguarda la sifilide molti autori avevano cercato di ottenere una reazione cutanea specifica mediante l'applicazione di estratti di tessuti sifilitici umani contenenti la spirocheta pallida; ma i risultati erano stati incerti. Da quando l'A. per primo è riuscito a coltivare in cultura pura la spirocheta, ha intrapreso degli studi sull'immunità e l'anafilassi.

Dalla tecnica seguita nella preparazione della luetina, del modo di adoperarla e della morfologia delle varie manifestazioni cutanee ottenute, il Noguchi ha riferito in altro lavoro, che noi su queste colonne altra volta abbiamo riassunto.

Qui giova riportare semplicemente i risultati ottenuti. La luetina-reazione è assente od è molto leggera negli individui affetti da manifestazioni sifilitiche primarie o secondarie, mentre che è sempre presente nei casi di infezione cronica o latente. Nella sifilide ereditaria, di solito è positiva.

Nella sifilide cerebro spinale la reazione è incostante; nella metà circa dei casi è positiva. Nella tabe è anche irregolare. Nella paralisi generale si distingue un gruppo di casi che reagiscono positivamente, e un gruppo di casi che non dànno nessuna reazione. La reazione è assente nei casi in cui il processo sifilitico è in evoluzione, come dimostra la presenza delle spirochete: ciò è soltanto un segno leggero di allergia della pelle e può riferirsi ad una soprasaturazione dell'organismo di antigeni prodotti nel sistema nervoso centrale; e può paragonarsi questo fatto alla scomparsa dell'allergia della pelle nei casi di tubercolosi avanzata.

È interessante notare che in un soggetto sifilitico può mancare lo reazione alla luetina, mentre la reazione di Wassermann è fortemente positiva, ed al contrario nella sifilide terziaria e nella sifilide ereditaria le due reazioni possono essere insieme presenti.

Nei sifilitici sottomessi ad una cura energica, la reazione di Wassermann si attenua e scompare; mentre la cuti-reazione, che può essere debole o mancare all'inizio della cura, diviene più intensa quando scompare la reazione di Wassermann.

Ne deriva che la cuti-reazione ha un valore limitato, ma molto importante, e per la diagnosi e per la prognosi. Per esempio, consideriamo un sifilitico che abbia subito un trattamento energico; se ogni sintoma tace e la reazione di Wassermann

è negativa, si può dire che esso o è guarito od è un sifilitico latente; ma se è positiva la cuti-reazione, noi dobbiamo considerarlo come un sifilitico latente.

Se anche la cuti-reazione è negativa è forse ancora prematuro affermare la guarigione, ma si può dire che questa è molto probabile.

La reazione di Wassermann può diventare positiva dopo le iniezioni di salvarsan, mentre prima essa era negativa od incerta. Questo fenomeno singolare è conosciuto sotto il nome di *riattivazione* di Wassermann. Per produrre questa riattivazione si inietta 0.40 di salvarsan o 0.60 di neosalvarsan dentro le vene e si fa l'esame del sangue dopo 24 o 48 ore, e se la reazione è negativa si ripete dopo una settimana.

In un certo numero di sifilitici trattati col salvarsan, che non presentavano sintomi clinici e reazione di Wassermann negativa dopo un anno, Nichols ha praticato a tutti la cuti-reazione alla luetina e ad alcuni contemporaneamente la riattivazione della reazione di Wassermann. In un primo gruppo di 5 casi di sifilide, che non presentavano nessun sintoma e che più volte avevano dato reazione di Wassermann negativa per un periodo di tempo da 15 a 22 mesi, a reazione alla luetina fu positiva. Si constatò in seguito che questi erano casi di sifilide latente; difatti si ebbero nuove manifestazioni cliniche e il ritorno della reazione di Wassermann. In questi casi la luetina aveva svelato la latenza della sifilide.

Il secondo gruppo di 4 casi la reazione alla luetina e la riattivazione della Wassermann avevano dato risultati negativi. Nichols ritiene questi casi come guariti.

In un terzo gruppo di 10 casi, cinque diedero cuti-reazione positiva e cinque risultato negativo tanto alla cuti-reazione quanto alla riattivazione della Wassermann.

Nichols conclude che la reazione alla luetina è forse più sensibile della riattivazione della Wassermann nei casi di sifilide latente; e se si paragona la semplicità della cuti-reazione con la complessità della riattivazione della reazione di Wassermann, che richiede l'iniezione di salvarsan e poi l'esame del sangue, si scorge subito il valore pratico della reazione alla luetina.

Baermann e Heinemann hanno trovato che un estratto preparato dalla spirochete della framboesia ha effetti simili a quelli della luetina, ed ambedue dànno la stessa reazione sulla pelle dei sifilitici e dei malati di framboesia. Ciò è dovuto evidentemente a reazione di gruppo.

La cute dei sifilitici terziari presenta una particolare ed esagerata irritabilità, ma questa non ha niente in comune con la reazione alla luetina, perchè questa non è necessariamente associata ad una speciale suscettibilità della pelle e perchè essa non si verifica se alla luetina si sostituisce un estratto di controllo

Per concludere, la cuti-reazione alla luetina giova a scoprire la sifilide cronica e latente, nella quale i sintomi clinici e la reazione di Wassermann sono temporaneamente assenti. Una cuti-reazione negativa nei casi di sifilide cronica, nei quali i sintomi siano gravi e la reazione di Wassermann positiva, è un segno prognostico sfavorevole; così spesso in soggetti colpiti da paralisi generale. La reazione alla luetina non è parallela della reazione di Wassermann.

P. SABELLA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Di un caso tipico di destrocardia

per il dott. EUGENIO GIOVANNINI.

Fu nell'ottobre 1910 (nella mia vecchia residenza di Santa Luce) che un giorno, richiesto da una donna, tale G... A... di anni 60, temperamento nevrotico, che andava soggetta a cefalalgie intense ed ostinate, accompagnate da crisi violente di cardiopalmo, fui indotto a praticarle la ascoltazione del cuore.

E quale fu la mia sorpresa allorchè, ascoltandola sull'emitorace sinistro, ebbi l'impressione che il ritmo cardiaco, ad onta che fosse così accentuato da dar luogo ad un vero e proprio scuotimento di tutto il torace, non avesse il suo punto di origine nella sede ordinaria, ma bensì vi fosse propagato da altra sede.

Dubitai un momento che il fenomeno si dovesse ad una posizione retrocostale della punta, ma non tardai a ricredermi per il risultato negativo ottenuto colla percussione raggiata, la quale non solo mi rivelò l'assenza della punta, ma altresì di ogni e qualsiasi ottusità assoluta sull'emitorace sinistro. Dimodochè, sospettando un *situs* anormale del viscere, scorsi rapidamente il torace e fu così che riuscii a localizzare l'*ictus* della punta 1 cm. all'indentro della linea mammillare destra: cioè nel punto esattamente omologo a quello di sinistra.

Ero di fronte ad un semplice spostamento patologico, oppure ad una completa inversione naturale del viscere? Di nuovo esaminai attentamente il torace, cercando di delimitare l'area del viscere. Riuscivo così ad ottenere sull'emitorace destro una figura del viscere straordinariamente rassomigliante con quella che si ottiene in condizioni normali a sinistra.

Non contento di ciò, incalzai di domande la paziente per sapere se fossero preesistite malattie tali da giustificare uno spostamento come quello che stavo osservando. Ma poichè questo esame anamnestico risultò assolutamente negativo (ciò che era convalidato del resto da precedenti notizie che avevo sul passato della donna) ne trassi la conclusione che io ero in presenza di un vero fenomeno naturale, cioè di una completa inversione del cuore di natura congenita.

A questo punto un'altra questione sorgeva subito. Ero in presenza di un caso di *situs inversus viscerorum* completo od incompleto?

Al primo esame sommario avevo constatato come il fegato sembrasse in posizione normale. Un ulteriore riscontro mi fece vieppiù persuaso di questo fatto, non tanto al riguardo del fegato quanto anche della milza, si che potei trarne la prima deduzione, che ero di fronte ad un caso a *situs inversus* incompleto.

In seguito ebbi agio di esaminare con più calma questa paziente non solo, ma altresì la figlia di costei, l'unica, e tutta la sua figliuolanza, essendo essa maritata. Volendo sincerarmi ,che anche in costoro, per eredità, non si fosse trasmessa l'inversione constatata nella prima. Ma il risultato fu per tutti negativo.

Procedendo, nell' intervallo di quiete, fra un parossismo e l'altro della paziente, alla determinazione dell'area relativa del cuore per mezzo dell'ottusità assoluta, applicavo il metodo di percussione in onore nella Clinica di Pisa, subordinandolo naturalmente alla singolarità del caso in esame.

E ne ottenevo il seguente risultato:

Anzitutto, ricercando l'*ictus* della punta con una percussione raggiata, ne fissavo la sede precisa, dove l'avevo già rinvenuto la prima volta, cioè nel 5° spazio intercostale, un centimetro all' indentro della mammillare destra: sede che la ispezione di per sè ed una successiva palpazione erano già sufficienti ad indicarmi.

In seguito ricercavo sulla parasternale sinistra il margine superiore del fegato e, trovatolo (cosa che mi riusciva assai agevole, per l'assenza della ottusità data in casi normali dal cuore e in conseguenza per il passaggio netto dal suono polmonare chiaro all'ottusità epatica) riunivo questo punto con la sede dell'*ictus* mediante una linea retta: linea che seguendo il margine superiore della 6ª costa, mi rappresentava il limite inferiore di quest'area cardiaca.

Percuotendo poi a diverse altezze al di sopra del punto, in cui avevo delimitato il margine superiore del fegato ed in una direzione da sinistra verso destra o più precisamente verso la marginale destra dello sterno, potevo determinare il margine sinistro dell'area.

Infine, servendomi di una percussione raggiata, convergente verso il centro ipotetico dell'area stessa, riuscivo a tracciare con una curvilinea che, dipartendosi dall'estremità superiore della linea precedente, si congiungeva con la sede dell'*ictue*, il margine superiore ed il margine destro di quest'area

Mi risultava così una figura, da cui appariva chiaramente come la proiezione del viscere sull'emitorace destro fosse, sebbene opposta, corrispondente in modo perfetto a quella del viscere in condizioni ordinarie sull'emitorace sinistro. Infatti l'asse maggiore di questa figura, divergendo da quello della figura normale di circa un angolo retto, assumeva rispetto ad un piano mediano una direzione da sinistra a destra ed una inclinazione dall'alto al basso. Tolto questo orientamento eguale e contrario, la stessa omologia di sedi e di punti di riferimento.

Passando all'esame del fegato, mio studio particolare fu quello di assicurarmi di nuovo sulla sua esatta ubicazione. E per la seconda volta dovetti convincermi — come del resto anche il prof. Landi, medico primario nei RR. Ospedali di Pisa, cui presentai questa paziente così interessante, ebbe a confermarlo pienamente — che il fegato era in realtà nella sua sede normale. Difatti sulla linea mammillare destra il suo margine superiore si determinava lungo il margine superiore della 6ª costa, mentre il suo margine inferiore si determinava all'altezza dell'arco costale, sempre sulla linea mammillare destra. Quindi nessun spostamento, neppure per il dato e fatto della presenza del viscere al disopra del suo lobo destro.

La milza appariva profondamente situata nell'ipocondrio sinistro. Null'altro di notevole da parte degli altri organi.

Ad un altro metodo clinico di grande approssimazione volli ricorrere per controllare i risultati delle mie ricerche, prima di passare ad una prova assolutamente positiva, quale quella radiografica. Come metodo di controllo mi servii della fonendoscopia. metodo che corrispose pienamente al mio fine di ben individualizzare l'area del viscere in esame.

Col fonendoscopio infatti riuscivo a fare un migliore apprezzamento del margine inferiore dell'area, di quello che non mi fosse consentito col semplice metodo di percussione. Poichè detto margine, data la vicinanza dei due visceri a risuonanza ottusa. rimaneva un po' indefinito. Mentre sulla guida delle più lievi sfumature di suono, messe in evidenza dal fonendoscopio ottenevo una linea di separazione assai evidente tra le due ottusità. Le altre linee del tracciato, salvo insignificanti differenze, erano fra loro in esatta corrispondenza, sicchè coi due metodi della percussione semplice e della percussione ascoltata, mi risultava una figura del viscere che io avevo ragione di ritenere assai prossima alla realtà. E di tale approssimazione ebbi la conferma più eloquente, allorchè — condotta la donna nel gabinetto radiografico del prof. Pierini, in Pisa — si riflettè sullo schermo fluorescente la figura pulsante del viscere: figura che, più che approssimarsi, coincideva quasi perfettamente con quella da me tracciata col lapis dermografico sul torace della donna.

La prova radiografica poi stabilì come l'ubicazione del viscere fosse effettivamente tale quale io l'avevo concepita, servendomi dei due metodi clinici sopraddetti, i cui risultati, può dirsi, s'integravano a vicenda. Come può osservarsi nella qui unita incisione, ricavata dal *cliché*, fatto sulla lastra radiografica: incisione, che visibilmente riproduce il torace della donna veduto dalla faccia posteriore.

Sotto un altro aspetto riuscì interessante la prova radiografica. Giacchè mi offrì una spiegazione plausibile dei fenomeni d'irritazione cardiaca, di cui soffriva la paziente.

Difatti la dilatazione del fascio vascolare, che abbastanza evidente si osserva nella incisione, unita all'osservazione, da me fatta in precedenza, che le crisi di cardiopalmo della paziente eransi

mostrate stranamente ribelli ad una terapia appropriata, poteva suffragare il mio sospetto che una compressione, agendo come causa irritativa, ed esercitantesi sui plessi nervosi della regione, ad esempio sui gangli del simpatico, fosse la causa della fenomenologia osservata in questa donna destrocardica.

San Giovanni alla Vena (Pisa), 15 luglio 1913.

STORIA DELLA MEDICINA.

Giovanni Battista Morgagni.

Il prof. Achille De Giovanni, come prelezione ad un suo corso di Clinica medica generale, ebbe a commemorare l'immortale scienziato italiano, che due secoli prima, giovanissimo ancora, era chiamato dal Senato veneziano ad insegnare medicina teorica nello Studio di Padova

I nostri lettori leggeranno con interesse questa pagina di storia della medicina.

Signori,

Non pensate che io abbia in animo il proposito di farvi una commemorazione, per la quale si esigono mente e preparazione degne dell'altissimo soggetto, mentre io non mi credo da tanto; ma certe date esercitano quasi un fascino, suscitano ricordi storici, che obbligano la mente a meditare sopra uomini e cose, che dalla Scienza progredita pare acquistino sempre nuova luce.

Ricordando oggi l'autore dell'*Adversaria anatomica* e del *De Sedibus et Causis Morborum per anatomen indagatis*, io veggo comparire innanzi a me una pleiade luminosa, cinque astri dell'orizzonte scientifico: Malpighi, Valsalva, Morgagni, Scarpa, Panizza; sento rivivere la ispirazione del Genio Italico nel campo della nostra Scienza e con nuovissimo entusiasmo chiamo a me i discepoli che meco sfidano la perigliosa onda del nostro mare e li esorto a tenere sempre fisso lo sguardo al faro luminoso che quei sommi accesero.

Giambattista Morgagni era destinato a continuare l'opera di Marcello Malpighi, il riformatore dell'indirizzo scientifico nel campo della medicina. Egli medesimo impresse un'orma profonda nella anatomia comparata e non lasciò parte del corpo umano inesplorata, seguace sempre ed interprete della mente Malpighiana, che dallo studio delle tre anatomie, quella delle piante, degli animali e dell'uomo, saliva al concetto biologico dell'organizzazione e della evoluzione degli esseri.

Però Morgagni riconduceva all'antico lustro la scuola padovana e le famose aule venivano ripopolate da uditori di ogni lingua.

Lui vivente, la sua Forlì lo onorava elevandogli un busto; e Senac lo diceva il « Grande Morgagni ».

Per gli insegnamenti di Malpighi e di Morgagni vennero profondamente scossi i principî astratti e dottrinali che governavano la medicina d'allora. Ed oso dire, che se i medici italiani avessero interamente comprese le vedute geniali dell'uno e dell'altro, non si sarebbero abbandonati in campi immaginari dietro la falsa guida di dottrine aprioristiche.

Quando io ricordo che Malpighi, ultimati gli studi di medicina a Bologna, disse che bisognava tornare ad Ippocrate, al naturismo ippocratico, comprendo come Morgagni abbia fatto progredire la medicina ippocratica senza teorizzare, ma solo osservando; e veramente Ippocrate descriveva gli atti della vita nelle manifestazioni morbose e Morgagni attenendosi allo stesso indirizzo naturalistico, indagava le cagioni interne dei fenomeni morbosi. Io penso, che se Morgagni vivesse, dal fatto morboso concreto, quale clinicamente ed anatomicamente può accertarsi in ogni individuo, estenderebbe la indagine nel campo della biochimica, registrando i fatti senza mai teorizzare. Quando egli sospettava che per anomalie delle funzioni digerenti possono prodursi principî venefici dannosi all'organismo umano e che, fatti ingoiare ad animali, constatava davvero l'azione venefica, annotava semplicemente il fatto: ma ricordandolo oggi lo dobbiamo segnalare come una geniale intuizione.

Il processo ideologico del Morgagni è schiettamente galileiano, l'indirizzo sovranamente naturalistico; egli procede severamente dal noto all'ignoto, investigando la causa del fatto, bene accertato, nel fatto medesimo, senza la ispirazione di teorie aprioristiche, per comporre poi la dottrina naturale del fatto, messo in rapporto coll'organismo nel quale ha origine.

Scorrete le pagine nelle quali espone tutto ciò che ha veduto e raccolto per studiare della sede e delle cause dei morbi, pagine dettate quando può dirsi raccogliesse tutto il frutto della sua osservazione di medico e della sua meditazione di filosofo naturista e vi sentirete quasi animati da uno spirito di critica, che vi renderà sempre più cauti nell'accogliere tutto ciò che si dà e che anche quasi si impone in nome della scienza.

Però fa grande maraviglia sapere che Broussais abbia mosse tante critiche veramente fuori di proposito, assolutamente infondate, al nostro Morgagni, dicendo perfino che le sue osservazioni erano viziose perchè non si occupava dell'esercizio dell'arte; ciò che è assolutamente contrario alla verità, perchè a Morgagni accorrevano sofferenti da molte parti e per malattie difficili e pericolose. Bisogna dire che il patologo della Senna

non fosse bene informato di tutto quanto si riferisce all'indirizzo scientifico e alla storia di Morgagni, preoccupandosi egli in modo che si può dire fanatico delle flammasie, delle gastro-enteriti, messe a base della patologia clinica. A questi ricordi possiamo orgogliosamente constatare che nelle opere di Morgagni nulla avvi che somigli all'errore dottrinario di scuole precedenti e successive; ma tutto può essere preso come punto di partenza per muovere le nostre indagini ad ulteriori conquiste nel campo della scienza e dell'arte.

Forse le vedute unilaterali seguite nel giudicare tutta l'opera di Morgagni, hanno contribuito a confinarlo nella storia come un semplice anatomico. Per questo molti non ricordano che l'anatomico ed il fondatore dell'anatomia patologica: pochi lo consultano; pochissimi ne hanno compreso il pensiero filosofico e l'indirizzo scientifico. E tutto questo ha oscurata in parte la gloria del nostro immortale patologo.

Chi non sente il soffio del genio non comprende il valore dell'opera sua, che per questo perde la sua intonazione. Morgagni non vi insegna l'analisi microscopica dei tessuti: ma nei fatti che egli ha raccolti, nelle coincidenze che egli registrava, dettava un programma che era la visione dell'odierno indirizzo, cioè lo studio biologico della individualità e nella clinica e al tavolo anatomico; è il programma Malpighiano che noi perdemmo di vista adescati dal fatuo splendore di sempre nuove teorie. Ma oggi, mentre patologi d'oltre monti intendono illustrare le individualità cliniche, perchè la storia naturale ha fatto loro comprendere la varietà dell'essere, noi italiani possiamo bene appellarci alla storia nostra per sostenere la nostra priorità nell'indirizzo naturalistico: quindi non siamo seguaci, ma precursori.

Nessun altro scrittore ha saputo raccogliere tanti e così utili risultati dalla propria esperienza come il Morgagni, onore, come dice Sprengel, non solo d'Italia, ma del secolo. L'immenso tesoro delle sue osservazioni originali, la finezza del suo criterio, la visione dell'avvenire della sua scienza, la vastità della sua erudizione, fanno essere l'opera del Morgagni superiore a quella di tutti i predecessori. Non si può dire in poche parole quanti lampi di luce vera si veggano là dove egli intende formulare la tesi di patologia clinica o di terapia.

Se voi chiedete quale fosse il pensiero, o sistema filisofico di Morgagni, egli stesso vi risponde: nè solidista, nè umorista, nè vitalista. Sempre spregiudicato osservatore della Natura, raccoglie i fatti, li confronta, li coordina, ne constata le coincidenze e nella costanza di queste intravede un fatto biologico senza concludere in omaggio a qualsiasi teoria. Egli registra, p. es., le emorragie cerebrali e la coincidenza loro coi fenomeni clinici dell'apoplessia: fa presente il caso nel quale questi fenomeni mancano, ed altrove, mentre constata il versamento sanguigno in una metà della massa cerebrale, tosto rileva il differente sviluppo dei vasi nell'altra metà dell'organo.

Non è vero forse che sopra questi dati, così sapientemente raccolti, senza invocare teorie, siamo logicamente indotti a pensare che nello sviluppo non eguale dei vasi può darsi la ragione di predisponenti morbosi?

E da questo particolare morfologico non viene legittima la conseguenza, che l'esame morfologico del sistema vascolare contribuisce alla conoscenza del fatto morboso e concorre a formulare il programma terapeutico?

Di fronte a casi di malattie polmonali Morgagni sente il bisogno di registrare dove e quando le glandole linfatiche sono più numerose. Anche qui con proposito di naturalista e di medico, Egli induce a meditare sul fatto morfologico e qui, come altrove, fa comprendere la importanza del sistema linfatico nel determinare varianti nel processo morboso. E questo quando Malpighi aveva abbandonato lo studio dei linfatici dicendo: *nec adhuc quid certi enunciare mihi licet*. Egli sagacemente intravide i rapporti che passano tra i linfatici degli arti e il dotto toracico e mise in evidenza l'ufficio delle glandole linfatiche ed alla ipotesi dello *stimolo* che Haller adduceva per spiegare il moto della linfa, egli dimostrava la contrattilità delle pareti dei vasi linfatici. Quando registra l'aorta assai angusta, quando la mostra più larga del dovere, accenna a fatti irregolari nella organizzazione individuale e a speciali attitudini fisiologiche e patologiche. E noi oggi possiamo affermare, che queste note sono geniali intuizioni del metodo di indagine clinica, al quale ci siamo dedicati seguendo i dettami della moderna biologia. Ricordo quasi con entusiasmo dove nota il reperto del cuore piccolo come quello di un fanciullo in un individuo di corporatura robusta, perchè allude a quello che noi professiamo intorno agli errori di prima formazione ed alle possibili trasformazioni del tipo individuale durante lo sviluppo.

Quando Morgagni ragiona intorno alle pulsazioni della aorta addominale, con fine discernimento clinico prima ammette, che anche se veementi le pulsazioni aortiche non sono da attribuire sempre all'aneurisma e poscia, tornando all'argomento, chiaramente accenna alla influenza nervosa. In proposito mi piace dirvi, che quanto io professo intorno a questo particolare clinico

è frutto di osservazioni, che tacitamente venni facendo anni or sono dopo avere letto quanto ho ricordato intorno alla pulsazione della aorta addominale; alludo alla importanza ed al valore clinico del *dolore celiaco.* Molti anni or sono ho letto che Morgagni, non favorevole alle cavate di sangue, ne praticava sulla colonna vertebrale. Ne ho seguito l'esempio; e di fronte a molti di voi in vari casi morbosi ne vedemmo la indicazione e fummo lieti del successo terapeutico. Anche qui, o signori, può dirsi, che la ispirazione terapeutica di Morgagni era figlia legittima del pensiero di chi aveva appreso a considerare la ineguaglianza di sviluppo nei vasi sanguigni.

Tutte queste cose ed altre dello stesso valore che si incontrano ad ogni pagina, sempre meglio dimostrano, che Morgagni va ricordato quale veramente è stato: uno dei più illustri patologi. Il suo biografo cita in proposito un pensiero di Haller, che disse: « Io per verità non conosco altra opera che più di questa contenga vera dottrina pratica e vera medica eleganza, e moltissime cose inoltre di cui si fa gran conto nella fisiologia e nella notomia ».

Quando voi, o signori, avrete letto il *De sedibus et causi morborum,* ricorderete un pensiero di Claudio Bernard: la medicina veramente scientifica abbraccia fisiologia, patologia e terapeutica. E sapete perchè? Perchè in queste pagine l'autore dà il fatto terapeutico come egli prima aveva considerato il fatto anatomico e fisiologico; del fatto terapeutico prende e fa presente quando è possibile il contenuto scientifico o sperimentale.

Da quanto ho detto si comprende che a commemorare degnamente Morgagni è necessario considerarne la mente e l'opera sotto i vari aspetti nei quali ci si presenta. Però non basta un'ora accademica e non basta ripetere quello che già venne registrato dalla storia, perchè l'opera del genio nel tempo è venuta facendosi più luminosa ed il pensiero più largo, più profondo e più complesso, sì che occorrono diverse competenze perchè rifulgano interamente le geniali e varie iniziative. Però io spero che mi giustificherete se mi sono presentato a voi co' miei modesti ricordi. Ma non vi nascondo che evocando lo spirito di Morgagni oggi innanzi a voi, ho pensato che avrei potuto accendere nell'animo vostro il desiderio di chiedere e di contribuire a che sorga finalmente in Padova quello che io direi *Il Culto a Morgagni.*

In queste parole io comprendo non solo un monumento ma tutto quanto possa col monumento fare rivivere fra noi lo spirito filosofico, l'indirizzo scientifico e la sovrana autorità di chi non serve che alla Scienza ed alla Umanità.

Voi, giovani studiosi, memori delle glorie nazionali, fate rivivere col nome di Morgagni il diritto che ha l'Italia nostra di essere ricordata come la iniziatrice di quell'indirizzo scientifico nello studio della medicina, che ha condotto all'odierno progresso. Voi profittando dei mezzi che il tecnicismo moderno vi presta accingetevi a nuovi studi, che, secondo la mente del Sommo biologo che ricordiamo, sieno sempre e solo diretti a constatare fatti nuovi, mai a creare teorie, delle quali non pochi si compiacciono o troppo facilmente escogitano, divagando dal metodo Morgagnano. Sia presente a voi quello che la esperienza ha scolpito fra i canoni della Scienza: La vita è legata alla forma ed a corrispondenti manifestazioni di energie, che, data la varietà delle forme, non sono sempre prevedibili. I grandi vantaggi che si possono avere dall'applicazione della fisica e della chimica allo studio ed alla interpretazione dei fenomeni biologici sono assai sovente difficoltati dalle innumerevoli varianti del fatto biologico e dell'ambiente nel quale si incontra. Per questo Morgagni apprese dalla natura ed insegnò quello che oggi si deve ammettere intorno alla complessità dei fatti biologici, nello studio dei quali occorre un metodo, che non è precisamente quello della fisica nè della chimica e non può altrimenti denominarsi che biologico.

Io, o signori, animato sempre dai principî generali della scuola biologica italiana, accogliendo con discernimento, impostomi dalla stessa scuola, le iniziative dell'indirizzo sperimentale moderno, mi sono studiato di corrispondere alle nostre tradizioni ed ai miei doveri fra i quali quello di provvedere l'Istituto, che ho l'onore di dirigere, del materiale scientifico necessario per le indagini biologiche.

Io spero di avervi compagni di lavoro, convinto che dalla eloquenza dei fatti sarete condotti a fare rivivere le nostre tradizioni e così inizierete nel modo più degno e solenne il monumento al nostro immortale Morgagni.

Vi ho detto essere canone di scienza che la vita sia legata alla forma ed a corrispondenti manifestazioni di energie non sempre prevedibili; e da questo viene il precetto, che i corpi dei quali noi dobbiamo comprendere le manifestazioni vitali, devono essere prima di tutto studiati nel modo loro di essere morfologico. Io ho sempre seguito questo precetto e provando e riprovando, composi le linee fondamentali del metodo che da molti anni insegno, sempre in omaggio alla scuola di Malpighi e di Morgagni e che molti di loro già conoscono.

Ed oggi rievocando il nome glorioso dal quale ho avuta la ispirazione per le mie modeste iniziative, solennemente dichiaro, che la non breve esperienza fatta nell'arduo campo della clinica, mi ha convinto di non avere fatta opera vana o

contraria ai canoni della biologia; checchè dicano quanti si fanno, per scopi certo indegni della scienza, critici e detrattori dal fatto mio.

Per questo, o signori, sempre più infervorato nel pensiero di dimostrare la base naturalistica del metodo e lo scopo scientifico-clinico della sua applicazione, ho voluto provvedere l'Istituto nostro degli apparecchi per la radioscopia allo scopo di poter controllare quanto è possibile i risultati del nostro esame morfologico, dal quale si deve prendere norma nello studio della patogenesi e della terapia nel caso concreto. Spero che anche questo contribuisca a generare in voi più profonda convinzione nei principî ai quali amerei affidaste le vostre iniziative scientifiche, convinto che rinnovereste la scuola medica italiana, la scuola di Malpighi e di Morgagni. In nome di questa scuola, dallo studio delle forme dei corpi passerete allo studio delle energie biologiche con tutti i mezzi che la fisica e la chimica ci forniscono; ma guardate, esaminate tutto coll'occhio del genio che bene può dirsi *Lo ministro maggior della Natura.*

Giovani egregi,

Non so nascondervi che ragionando innanzi a voi di una gloria italiana, in questi giorni nei quali da tutte le parti viene un fremito di vita nuova, mi invade un entusiamo giovanile e grido: *Multa renascentur!*

Già la nuova Roma torna a Tripoli e il Genio Italico anche per opera vostra rinnoverà i suoi fasti gloriosi nelle Arti e nella Scienza.

LEZIONI

La diagnosi precoce del carcinoma dell'apparecchio digerente.

(T. SCHÜTZ. *Wiener klin. Woch.*, 26 giugno 1913).

I carcinomi dell' apparecchio digerente sono quelli in cui una diagnosi precoce è della massima importanza, perchè una terapia chirurgica è efficace solo nella condizione che la diagnosi sia stata fatta in un periodo iniziale della malattia.

Una diagnosi precoce in senso ideale è rimasta però finora solo un pio desiderio: ciò in parte è dovuto al fatto che i carcinomi dell'apparecchio digerente hanno un lungo periodo di latenza, il che però non significa che nella maggior parte dei casi la diagnosi sia impossibile in un periodo in cui un intervento operatorio sia giustificato.

In questa epoca di ricerche biologiche si sono fatti numerosi tentativi a tale scopo: gli entusiasmi però dei primi momenti non sono stati giustificati dalla successiva esperienza. La diagnostica dell'epitelioma dell'apparecchio digerente è ancora in gran parte nel dominio dell'osservazione clinica. Sono i sintomi subiettivi ed obbiettivi presentati dal malato che, o ci guidano alla diagnosi, o giustificano alcuni esami speciali che l'esperienza clinica ha dimostrato utili.

Una latenza in senso assoluto si verifica per lo più solo nei primissimi stadi: per lo più si tratta di una pseudolatenza, in cui si hanno sintomi morbosi vaghi non caratteristici di una neoplasia. Per cui, quando in un'età avanzata avremo sintomi anche apparentemente benigni a carico dell'apparecchio digerente, il sospetto di un epitelioma sarà sempre giustificato.

Esofago. — Sebbene pel cancro dell'esofago una diagnosi precoce non abbia almeno per ora valore pratico, però anche qui potrà giovare giacchè una diagnosi non esatta può portare ad un aggravamento dei disturbi. I sintomi tipici della stenosi esofagea (ostacolo al passaggio della sonda e disturbi della deglutizione) si hanno specialmente nei carcinomi alti che sono i meno frequenti. Molto più spesso la localizzazione è in corrispondenza al cardias: in questa localizzazione i sintomi dell'arrestarsi del cibo e della disfagia in genere mancano del tutto o vengono tardivamente. Il sintoma fondamentale in questi casi è il rigurgito dopo l'ingestione del cibo: siccome questo è interpretato come vomito, per lo più tali pazienti vengono considerati come gastropazienti, e curati come tali anche a lungo: il sondaggio in tali casi rischiara immediatamente la diagnosi. Molte volte si tratta di tumori della piccola curvatura diffusi al cardias e che sfuggono alla palpazione. La conclusione pratica che scaturisce dalle considerazioni suesposte è che in ogni caso di vomito, specialmente se insorge immediatamente dopo i pasti, è necessario praticare il sondaggio esofageo.

In tali malati si osserva facilmente il fatto della tolleranza maggiore per la carne grassa. Un certo valore diagnostico l'ha la mancanza del secondo rumore di deglutizione.

Il sondaggio gastrico colle sonde semirigide negli stadi iniziali, non ha molto valore: si ha per lo più la sensazione indistinta di un lieve impedimento nel cardias: più indicato è il sondaggio colle sonde molli. La presenza di sangue o di brandelli di tessuto nelle finestre della sonda dà la certezza di un neoplasma esofageo, perchè talora anche in condizioni normali si verificano

spasmi lungo l'esofago cho ostacolano l'introduzione della sonda molle.

Quindi nei casi di sospetto di epitelioma esofageo è opportuno praticare prima l'esame colla sonda semirigida e poi colla molle. Nel sondaggio non bisogna mai dimenticare che la distanza del cardias dall'arcata dentaria varia da caso a caso: per lo più è di 40 cm., ma in individui alti può raggiungere i 45 cm.; quindi solo dopo aver introdotto 45 cm. di sonda potremo essere sicuri di essere penetrati nello stomaco.

In alcuni casi però un impedimento verso i 42-45 cm. può essere in rapporto con un processo endogastrico (epitelioma, stomaco a clessidra): ad ogni modo complemento del sondaggio esofageo deve essere l'esame radioscopico ed infine l'esofagoscopia che serviranno a determinare la natura delle stenosi e le condizioni dell'esofago al di sopra del punto stenotico.

Carcinoma gastrico. — La difficoltà diagnostica del carcinoma gastrico si ha soprattutto nei casi di tumore non palpabile. I due metodi fondamentali per la diagnosi del cancro dello stomaco in tali casi, sono l'esame del contenuto gastrico e l'esame radiografico.

Nonostante questi procedimenti diagnostici la diagnosi, specialmente nei primi stadi, non è possibile. Non sempre la precocità di una diagnosi dipende dal non essere il tumore palpabile, giacchè esistono tumori bene evidenti alla palpazione in cui non esistono metastasi, mentre forme incipienti neppure rilevabili coi metodi diagnostici più fini in cui esistono diffusioni nei vari organi. D'altra parte il fatto che i tumori dello stomaco o dell'addome in genere non sono palpabili, non è in rapporto colla grandezza assoluta ma dipende da varie circostanze, quali p es. lo spessore delle pareti addominali, la loro tensione, la distensione dello stomaco, ecc., e soprattutto dalla tecnica della palpazione.

Una diagnosi precoce del carcinoma gastrico si può fare specialmente nella localizzazione pilorica di esso per i disturbi di canalizzazione che insorgono precocemente: però i tumori della piccola curvatura che di regola non si palpano, diffondendosi al piloro dànno sintomi di stenosi pilorica e fanno sospettare un epitelioma pilorico incipiente.

I tumori del corpo dello stomaco possono persistere lungo tempo senza dare sintomi almeno locali, mentre per lo più determinano, in un tempo più o meno lungo, sintomi generali rilevantissimi, quali anemia, dimagramento e cachessia: d'altra parte nei tumori del corpo le indicazioni terapeutiche sono minori che nell'epitelioma pilorico.

Nei casi di tumore palpabile si deve escludere l'ulcera callosa: ciò si fa in base ai reperti della colazione di prova giacchè l'ulcera decorre per lo più con iperacidità o valori normali di acido idroclorico, l'epitelioma di regola con anacidità e presenza di acido lattico, più di raro con ipoacidità. Una diminuzione progressiva dei valori dell'HCl parlerà in favore di una degenerazione carcinomatosa di un'ulcera callosa. L'esame radioscopico ci aiuterà molto nello stabilire una diagnosi differenziale tra i due processi.

Nei casi di tumori del fondo non palpabili e non stenosanti, l'esame radioscopico ci sarà di grande valore: quindi in ogni caso di achilia in in persone di età matura siamo autorizzati a procedere ad un tale esame. Bisogna pensare che l'achilia come espressione di una malattia gastrica è piuttosto rara. All'infuori del carcinoma (dalle mie statistiche solo nel 3 % dei casi di affezioni gastriche benigne) spesso però s'incontra in malattie generali che colpiscono tutto l'organismo.

L'esame delle emorragie occulte se è costante è d'immenso valore nella diagnosi di carcinoma, però la sua mancanza anche in esami ripetuti, non parla contro di esso.

Carcinoma dell'intestino. — Hanno importanza a questo proposito soprattutto la localizzazione nel cieco o nel sigma e retto: i carcinomi del tenue sono rarissimi. La diagnosi di cancro dell'intestino è basata sul criterio della stenosi e su quello del tumore palpabile: questi sintomi si possono avere però nelle più svariate malattie: l'esame radioscopico in tali casi è d'importanza somma.

Nei carcinomi del retto o dell'ampolla esiste anche un lungo periodo di pseudolatenza: in ogni caso di emissione di sangue o di muco o di tenesmo siamo autorizzati ad un'esplorazione digitale del retto o ad una sigmoscopia e diffidare sempre della diagnosi di emorroidi interne; anche se esistono noduli emorroidari è necessario procedere all'esame suddetto perchè il cancro del retto si accompagna sempre ad emorroidi.

Un altro sintoma che deve farci sospettare una lesione del retto o del sigma è costituito dalle diarree croniche anche senza emissione di muco o di sangue: quindi in ogni caso di diarrea cronica è indispensabile l'esame rettale o sigmoideo.

P. ALESSANDRINI.

MEDICINA SOCIALE

Patologia professionale dei ferrovieri.

(FABBRI e TOGNETTI. Relazione al IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro 1913).

La statistica della morbosità e mortalità del personale ferroviario dimostra che le malattie non sono in esso più frequenti che in altre categorie di lavoratori, e che l'arte del ferroviere non esercita alcuna funesta influenza sulla durata della vita, nè abbrevia il periodo medio della capacità produttrice assegnato alle classi operaie.

D'altra parte nei ferrovieri non si riscontrano che in via assolutamente eccezionale infermità che abbiano schietto il carattere professionale.

Le forme nervose nel loro complesso non si presentano con quella frequenza, che alcuni teoricamente ed aprioristicamente avevano preconizzato e supposto. Più che le malattie organiche, le quali spesso ripetono la loro origine da intossicazione alcoolica o da morbi infettivi, sono le forme funzionali quelle che rappresentano in buona parte la morbosità del sistema nervoso. Riguardo a queste, si è detto e si è ripetuto che lo scuotimento prodotto dai treni in moto influisce sinistramente sullo stato del sistema nervoso, e spesso determina, specialmente nel personale di macchina come quello che più risente le scosse, una forma nervosa peculiare, che il Riegel avrebbe chiamato *professionelle Maschinenkrankheit.*

Pur non volendo escludere uno stato nervoso nel personale che viaggia, le sue cause, più che nelle scosse, si potrebbero trovare nelle speciali condizioni morali in cui esso si trova: la forte e prolungata tensione di animo, il sentimento della responsabilità, la paura del pericolo, il riposo non ritmico possono determinare col tempo un esaurimento del sistema nervoso, che si rileva specialmente quando conocorra l'elemento ereditario di una costituzione neuropatica. Ma non è per nulla specifico dei ferrovieri tale esaurimento nervoso: giacchè vi vanno incontro indifferentemente tutti coloro che disimpegnano lavori di grande responsabilità e richiedenti enorme sforzo di attenzione. Una prova se ne ha in ciò che i movimentisti, che col personale viaggiante hanno comuni la tensione di animo e la veglia notturna e che per altro non sono soggetti alle scosse sussultorie ed ai trabalzi del treno, offrono una percentuale di forme nervose superiore a quella degli agenti di scorta ai treni.

D'altra parte non è nè frequente, nè specifica nei ferrovieri la neurosi traumatica; in occasione di disastri ferroviari gli agenti di macchina e di scorta ai treni stanno fuori servizio solamente per le lesioni chirurgiche riportate ed a queste non seguono mai o quasi mai le sindromi nervose così facili a riscontrarsi nei viaggiatori, pur tenendo conto che in questi ultimi per molteplici ragioni le pretese nevrosi non sono tutte da accettarsi come realmente sussistenti.

Fra le malattie che, pur avendo la caratteristica di esser in relazione col lavoro prevalentemente esercitato, non possono dirsi specifiche dei ferrovieri v'ha il crampo dei telegrafisti e degli scrivani, di cui si sono constatati pochissimi casi, e la claustrofobia constatata in alcuni cantonieri addetti a lavori sotto le gallerie.

A parte le malattie indotte nell'organo della vista da penetrazione di corpi estranei nel sacco congiuntivale e dalla loro infissione sulla cornea cui vanno specialmente soggetti gli agenti di macchina e di scorta ai treni e gli operai delle officine, e che rientrano nel campo degli infortuni sul lavoro, meritano di essere segnalati i casi non frequenti di oftalmie fotoelettriche. Nel personale delle Ferrovie italiane non non è stata mai riscontrata la classica *snow blindness* descritta in alcuni ferrovieri delle regioni nordiche, i quali debbono guidare i convogli attraverso lunghe distese di neve.

L'asserzione di De Lantsheere che il personale di macchina subisce notevoli diminuzioni del visus dopo 3-4 ore di servizio di *express* non è stata confermata dai controlli fatti.

Sul bilancio della morbosità ferroviaria le malattie dell'orecchio gravano ancor meno che le malattie dell'occhio e quelle che maggiormente figurano sono:

1° raccolte di cerume del condotto uditivo esterno, specialmente nei macchinisti e fuochisti; e la cosa si spiega facilmente se si pensi che questi agenti sono esposti al fumo, alla polvere, al pulviscolo di carbone e che essi hanno l'abitudine di fare dopo il lavoro grandi abluzioni sulla testa e sulla faccia non risparmiando l'orecchio, e la penetrazione di acqua nel condotto uditivo, favorisce la produzione e la raccolta di cerume;

2° forme catarrali dell'orecchio medio, dovute alle brusche variazioni di temperatura, che possono in individui predisposti dar luogo in seguito a svariate malattie ad andamento cronico, le quali alterano più e meno sensibilmente la funzione;

3° otiti interne da lesioni atrofico-degenerative. Queste sono caratteristiche nei calderai o fucinatori, le cui mansioni non sono però specificamente ferroviarie; ma anche in altri agenti più propriamente addetti all'esercizio (macchinisti, fuochisti, capi-stazione, manovratori, ecc.),

è stato affermato si possano riscontrare, sia pure in minor grado, per i fischi troppo acuti delle locomotive, e per i rumori delle macchine, che nelle gallerie, specialmente in salita, diventano più intensi. Bisogna però notare che non tutti sono d'accordo nell'ammettere una maggior percentuale delle malattie dell'orecchio in confronto alle altre categorie di lavoratori.

Le malattie che più frequentemente si riscontrano nei ferrovieri sono le reumatiche e quelle degli apparati respiratorio e digerente.

Le malattie dell'albero respiratorio e le forme reumatiche in grande maggioranza lievi e di breve durata sono evidentemente in relazione col fatto, che tutte le categorie di agenti che hanno mansioni in diretto rapporto con la circolazione dei treni si espongono a cause reumatizzanti. Gli agenti di macchina sono esposti al calore raggiante del focolare in contrasto con la corrente d'aria esterna: subiscono, attraversando gallerie, brusche variazioni di temperatura; sono poco o niente protetti dal vento, dalla pioggia, dalla neve; il personale di scorta ai treni va soggetto su per giù alle stesse cause refrigeranti; il personale di stazione compie il proprio lavoro sui piazzali, spesso alle intemperie, con un grado di temperatura talora in grande contrasto con quello degli uffici, ove esplica parte del proprio compito e dove suole trattenersi nei momenti di sosta; il personale di linea infine disimpegna le ordinarie mansioni all'aperto, e non di rado nell'ambiente umido e freddo delle gallerie, esposto alle forti correnti d'aria.

Le malattie dell'apparato digerente sono per lo più enteriti non gravi, gastriti catarrali, dispepsie e sono sopratutto frequenti nel personale di macchina e di scorta ai treni. Esse sono verisimilmente in rapporto all'uso di alimenti non bene preparati e non caldi, alla forzata irregolarità dei pasti, alla intempestività delle defecazioni, alle abitudini alcooliche, alla facile occasione di bere acqua fredda a corpo estuante nelle brevi soste e forse anche alle scosse dei convogli.

La pretesa maggiore frequenza del diabete fra il personale di macchina e viaggiante in confronto del personale sedentario, attribuita alle trepidazioni continue del corpo occasionate dai viaggi, non è stata constatata nelle stesse categorie di agenti delle ferrovie italiane.

Non si sono riscontrate malattie della pelle in relazione con le mansioni ferroviarie, non potendosi considerare come malattie professionali l'eczema talora constatato nei cantonieri addetti al cambio delle traverse iniettate con una miscela di catrame e di altre sostanze resinose, e la dermatite riscontrata negli operai che lavorano il legno *teak*.

Nè possono considerarsi come malattie professionali le malattie, specie quelle dell'occhio e dei vasi, in rapporto ad intossicazioni da alcool e da tabacco, frequenti nei ferrovieri sopra tutto perchè le condizioni di servizio servono di tentazione.

Gli avvelenamenti da ossido di carbonio dapprima frequenti, ora dopo l'impianto di potenti ventilatori nelle gallerie più lunghe ed a forte pendenza sono divenuti rarissimi.

Per quel che riguarda le malattie d'infezione parrebbe che i ferrovieri vi sieno soggetti meno delle altre categorie di lavoratori, se se ne eccettua la malaria. Questa è stata considerata come una malattia professionale, in quanto che può essere contratta dai lavoratori, che per causa delle loro attribuzioni dimorano in località infette; come tale quindi non è esclusiva dei ferrovieri, ma è comune a molte altre classi di operai, specialmente agricoltori. Nel personale ferroviario la malaria è contratta specialmente dagli agenti delle stazioni e di linea; il personale di macchina e viaggiante, che suole dimorare in grandi centri per lo più immuni da malaria ed attraverso le pianure malsane passa rapidamente, contrae molto meno frequentemente la infezione palustre. Ad ogni modo in tutte le categorie di agenti la frequenza e la gravità della malaria va rapidamente e progressivamente decrescendo.

Si è da taluno affermato che le scosse dei treni in moto e la stazione eretta favorirebbero la produzione delle ernie e delle varici; a parte il fatto che non è dimostrata una maggiore frequenza di tali affezioni nel personale di macchina e viaggiante, si deve considerare che per la insorgenza di esse è indispensabile un altro fattore di gran lunga più importante: la predisposizione.

DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Il Congresso della Federazione italiana delle opere antitubercolari.

Venne inaugurato l'antimeriggio del 2 corrente, nell'aula magna della Università di Torino. Erano presenti alla cerimonia il sottosegretario di Stato per le colonie, on. Colosimo, in rappresentanza del Governo, l'on. Paolo Boselli, il prefetto, il sindaco, i senatori Foà, Bozzolo e Maragliano, il prof. Vidari, vice-rettore dell'Università, il comm. Menozzi, in rappresentanza di Milano, il prof. Tamburini e il comm. Magaldi vice-presidenti della Lega antitubercolare, i proff. Fusari, Morpurgo, Battistini, Abba, Manfredi, Ascoli V., Sestini, Schupfer, Micheli, Ronzani, Poli e Gotti, il conte Tesca di Castellazzo, presidente delle colonie alpine, un largo stuolo di autorità e di notabilità medico-scientifiche e molte signore.

Parlarono il prof. Vidari per l'Università e il sindaco conte Rossi applauditissimo.

Prese quindi la parola l'on. Colosimo, il quale a nome del Governo e del presidente del Consiglio, on. Giolitti, portò un saluto ai presenti; commemorò commosso il ministro Calissano, spentosi a pochi giorni dall'inizio del Congresso cui avrebbe voluto partecipare; disse che il Governo si appresta ad affrontare con vigore ed energia la lotta contro il flagello della tubercolosi, flagello che per molteplici modi tende a produrre il deterioramento della razza e costituisce quindi una grande minaccia per la esistenza medesima della nazione. In nome della Lega Nazionale e in vece del compianto Calissano fece un efficace e bel discorso il prof. Tamburini.

Il senatore Foà ringraziò poi i convenuti e trasse ottimi auspicî dall'entusiasmo col quale l'autorità e la popolazione hanno accolta la crociata contro la tubercolosi e dal largo concorso a questo importante Congresso.

La prima seduta del Congresso ha luogo durante il pomeriggio, nell'aula dell'Istituto di Anatomia patologica. Apre la seduta il prof. Foà, il quale manda un caldo memore saluto all'on. Teobaldo Calissano e di plauso al comm. Borsalino, il cui esempio fu di tanto beneficio. Invita a prendere la presidenza il prof. Tamburini, rappresentante della Lega Nazionale e presidente della Lega Antitubercolare di Roma.

Prof. **Di Vestea**. Riferisce *sui mezzi atti a creare la coscienza antitubercolare*. Insiste sovratutto sul cómpito della scuola; accenna ad altri mezzi di propaganda, come il Dispensario antitubercolare, e propone all'esame del Congresso il seguente voto:

« Il III Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi, ritornando sopra un concetto di fondamentale importanza affermato nelle precedenti riunioni, rileva che a questa lotta non deve mancare il contributo delle scuole, dipendendo i mezzi di difesa da tale endemia, così individuali come pubblici, da una riforma di costumi e di idee; rileva inoltre che l'attività del medico scolastico, coefficiente necessario d'ogni razionale riordinamento della souola, non può esplicarsi in modo proficuo senza la cooperazione illuminata del maestro, cui spetta sopratutto di regolare nell'ambiente scolastico la vita ed il lavoro degli alunni. Il Congresso perciò fa voti: *a*) che presso le Università e le scuole normali sia attivato un congruo insegnamento d'igiene da affidare a medici di speciale riconosciuta competenza, rendendone la frequenza obbligatoria per chiunque intenda esercitare presso le scuole elementari e secondarie e presso i convitti la funzione d'insegnante o di direttore; *b*) che tale insegnamento pedagogico-igienico, fatto su programma uniforme, consideri, in una col buon governo scolastico, l'altro fine di mettere in grado maestri e direttori didattici di cooperare alla formazione della coscienza igienica popolare, massimamente in riguardo alla lotta contro la tubercolosi.

« Il Congresso, conscio che gli espedienti adottati oggi dal Governo per integrare la preparazione degli educatori sotto il riguardo dell'igiene, pur meritevoli di lode come provvedimento transitorio, sono impari al bisogno, confida che il ministro della pubblica istruzione, d'accordo col direttore generale della Sanità presso il Ministero degli interni, dia opera sollecita all'attuazione di tali voti, già acclamati in molteplici altri Congressi scientifici e divisi dal Consiglio superiore di Sanità pubblica. Nel medesimo tempo fa presente ai Comitati regionali d'igiene la opportunità di interessare altrimenti la scuola alla profilassi antitubercolare, diffondendo per mezzo delle Unioni magistrali delle concettose e chiare istruzioni da affiggersi nelle classi e riprodursi sulle copertine dei quaderni.

« Da ultimo il Congresso raccomanda che presso le Università popolari e i Dispensari di profilassi ed educazione antitubercolare si promuova la istituzione di musei scuole ricchi di mezzi di dimostrazione oggettiva, col cómpito precipuo di dare la più larga diffusione alle norme d'igiene, mercè cui rendesi possibile la convivenza con gli infermi di tubercolosi, e quindi la loro assistenza famigliare, senza pericolo di contagio e con rispetto dei più sacri affetti sociali ».

Il dott. **Ragazzi** di Genova, invitato dalla Presidenza, riferisce poi sull'esperimento antitubercolare fatto per iniziativa del Comune e dell'Associa-

zione antitubercolare genovese nelle scuole elementari superiori di quella città.

Aperta la discussione, il prof. **Abba** di Torino accenna all'opera compiuta già da qualche anno da alcune scuole esistenti in Torino: convinti, dall'esempio di Genova, ancor più dell'utilità di questo indirizzo, si sono iniziati quest'anno corsi speciali a mezzo dei quali ben 8500 allievi sentirono trattare della tubercolosi, svolgendo poi su di essa il tema in classe. È veramente meraviglioso, in questa istituzione scolastico igienica, l'entusiasmo che gli scolari dimostrano e la propaganda famigliare che essi fanno.

Il dott. **Arsuffi** di Parabiago rivendica all'Associazione dei medici condotti il programma della formazione di una coscienza igienica nazionale.

Il dott. **Randi** di Padova ricorda la vetrina di propaganda, vero libro aperto per il passante, specie per l'operaio.

Il prof. **Balp** di Bergamo insiste perchè a complemento della funzione scolastica si aggiunga l'educazione igienica della donna.

Il dott. **Maffi** di Parma desidererebbe il richiamo in vigore dei corsi per l'istruzione dei disinfettatori o, almeno a titolo di prova, l'istizione di cattedre d'igiene popolare.

Parlano ancora **Poli** di Genova, **Marchiafava**, **Campana** e **Tamburini** di Roma, **Fornario** di Milano, **Massalongo** di Verona, **Foà** di Torino e la signora **Bernocco**.

Esaurita la discussione del primo tema, ed accettato l'ordine del giorno, ha la parola il dott. **Cova**, che riferisce, anche a nome dei dottori **Arienti** e **Forlanini** di Milano, sull'opera dell'Ospedale Maggiore di quella città nella lotta antitubercolare.

La seconda seduta dei lavori è consacrata per intero ai dispensari. Presiede l'on. Magaldi.

Prof. **Schupfer**. Riferisce sui *Dispensari antitubercolari e loro funzionamento*. — Vorrebbe che il dispensario divenisse il pernio della lotta antitubercolare e ne definisce i cómpiti che dovrebbero consistere nella ricerca dei casi di tubercolosi, nell'accertamento delle condizioni morali, finanziarie e igieniche dei malati e delle loro famiglie, nell'istruzione igienica, nella disinfezione degli ambienti, della biancheria, ecc., nell'accentramento degli altri mezzi di lotta come il risanamento delle case popolari, l'isolamento dei contagiosi, l'irrobustimento dei predisposti, l'istituzione di ambulatori curativi annessi al dispensario o indipendenti.

Presenta il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso ritiene: 1° Che una lotta veramente efficace contro la tubercolosi non possa farsi fino a che non esistano anche in Italia leggi speciali sull'assicurazione obbligatoria delle malattie, sul risanamento obbligatorio delle abitazioni insalubri, sull'ospedalizzazione obbligatoria di quei tubercolosi, i quali non osservano le regole igieniche e profilattiche e consecutivamente non si promulghi una legge sulla denuncia obbligatoria dei casi di tubercolosi; 2° Quando esisteranno tali leggi il Dispensario diverrà l'organo centrale di coordinazione delle varie opere antitubercolari, ma fin d'ora esso dovrà sempre federarsi e coordinarsi colle altre istituzioni cittadine che abbiano lo scopo di combattere la tubercolosi; 3° In quelle città nelle quali non esistano ambulatori curativi antitubercolari, i quali sieno intimamente connessi col Dispensario, è necessario che questo ne esercisca uno per conto proprio, limitando la cura ai soli malati poveri ».

Il dott. **Salvini** riferisce sul dispensario antitubercolare municipale in Milano, di cui è dirigente.

Il prof. **Marchiafava** di Roma parla brevemente del dispensario « Re Umberto » di S. M. la Regina Madre in Roma, che è anche un semi-sanatorio, da esser presto sostituito dai veri sanatori.

Su proposta della Presidenza, il Congresso acclama a soci onorari della Federazione le LL. MM. la Regina Madre e la Regina Elena e S. A. I. R. la principessa Laetitia, presidente effettiva della Crociata contro la tubercolosi di Torino, per lo esempio dato e le benemerenze acquisite nella lotta sociale contro la tubercolosi nel Paese.

Il prof. **Abba**, anche a nome del dott. **Nicola**, riferisce intorno al funzionamento del Dispensario antitubercolare della città di Torino, illustrando l'opera dell'informatore, che deve essere coordinata con quella dell'Ufficio d'igiene e che va integrata da quella delle ispettrici (scelte a Torino tra le insegnanti municipali). Sostiene la necessità di fare che il Dispensario abbia a disposizione un certo numero di letti a mezzo del Comune; quando il Municipio di Torino mise a disposizione del suo Preventorio dei letti presso l'Ospedale di San Luigi, il Preventorio potè tosto affermarsi veramente efficace. Afferma quindi pericolosa l'associazione del Dispensario profilattico al Dispensario curativo e si dichiara assolutamente contrario.

Il prof. **Poli**, presidente dell'Associazione antitubercolare di Genova, fa la storia dell'Associazione genovese contro la tubercolosi, seguendone le varie fasi di sviluppo attraverso i due periodi, l'uno di preparazione, l'altro di attività, e ne illustra, col concorso di una serie di proiezioni, l'organizzazione attualmente raggiunta.

Il dott. **Salvini** parla sulla necessità del divieto della clientela privata per il medico del Dispensario antitubercolare comunale, e presenta in proposito un ordine del giorno.

Il prof. **De Marchis** di Treviso riferisce sul Dispensario preventivo rigorosamente profilattico per le malattie di petto, aperto da un anno in quella città.

Il dott. **Jona** di Milano illustra il lavoro e la funzione (favorevole anche alla profilassi antitubercolare) della Sezione medica del Dispensario dell'Associazione Milanese Insiste sulla praticità e sulla economia dei tipi misti di Dispensari.

Il prof. **G. Bellotti** di Milano parla sul funzionamento della Sezione laringologica del Dispensario dell'Associazione Milanese, e fa voti che dove non è possibile l'istituzione di una Sezione laringologica come a Milano, vi sia almeno la consulenza di uno specialista laringologico.

Alla discussione prendono parte **Fornario, Hajech, Ferrari, Gatti, Maffi, Campana, Denti, Poli** e **Tamburini** e nella seduta successiva **Vivante, Massalongo, Abba, Marchiafava, Balp, Randi.**

Infine l'O. d. G. Schupfer viene approvato.

(*Continua*).

Il XIV Congresso internazionale contro l'alcoolismo.

Abbiamo già dato notizia della cerimonia inaugurale. Riferiamo ora molto brevemente sui lavori.

***

Il prof. **Marchiafava** tiene la sua conferenza sulla *patologia dell'alcool*. Discorre dell'abuso alcoolico e delle sue conseguenze, in particolare si ferma sulla etiologia dell'arteriosclerosi e sulle alterazioni da alcool del muscolo cardiaco, passa poi in rassegna gli effetti sul sistema nervoso e accenna alle varie tolleranze per l'alcool nei vari individui ed alla differenza dell'ubbriachezza negli abituati e non abituati. Si intrattiene sulle alterazioni del cervello negli alcoolisti cronici. A queste alterazioni corrispondono sintomi fisici, disordini psichici e pervertimenti morali fino alla rovina della psiche. Conclude esprimendo la speranza che i lavori del Congresso disperdano errori e pregiudizi che mantengono l'abuso delle bevande alcooliche: dileguerebbero così non piccola parte di miseria e di malvagità e cadrebbe uno degli ostacoli al perfezionarsi della specie.

L'ing. **Ottavi** riferisce sulla produzione vinicola in Italia, dimostrandone l'importanza. Rileva che una copia ingente di interessi economici vi è sicuramente connessa.

Il dott. **Hercord** (Svizzera) prende in esame la campagna in favore dell'alcool condotta dai produttori e dai commercianti e i mezzi per combatterla: mezzi di propaganda e legislativi. Elogia vivamente il sistema di Gottembourg.

Il dott. **Holitscher** (Austria) fa conoscere alcuni mezzi di propaganda che usano gli interessati nell'industria dell'alcool, in particolare la costituzione di associazioni, come la lega tedesca contro le esagerazioni del movimento antialcoolista, e alcuni giornali, come il *Gambrinus*; discute poi i mezzi da opporvi.

W. E. Johnson (Stati Uniti) si occupa del movimento a favore dell'alcoolismo in America, dove gli interessati pubblicano giornali e riviste settimanali, corrompono le autorità e giungono persino a vie di fatto gravissime.

Kögler (Austria) tratta dei danni economici derivanti dall'alcoolismo all'industria, in base ai risultati delle assicurazioni sulle malattie, gl'infortuni e l'invalidità; crede alla efficacia della propaganda tra gli operai; meno utili sarebbero le misure amministrative, come la non ammissione dei bevitori al lavoro.

Sherwell (Inghilterra) riferisce intorno agli effetti dell'alcoolismo sul bilancio famigliare.

Forel (Svizzera) sostiene l'insufficienza di alcune misure statali; i due milioni che il Governo russo preleva annualmente, per la lotta contro l'alcool, dal miliardo e mezzo che gli rende il monopolio sull'alcool, sono impiegati assai male; in Inghilterra il Governo appoggia gli interessi dei birrai, che segretamente sono rappresentati nella Società inglese di temperanza. L'oratore viene contraddetto da **Scarrinsky**; ma **Hercod** ne conferma gli apprezzamenti.

Bertarelli (Parma) riferisce sui mosti concentrati a freddo (vini analcoolici) e sui mezzi atti a conservare edili le uve per parecchi mesi.

Marescalchi (Casale Monferrato) dichiara a nome dei viticultori che questi avranno da beneficare se alla richiesta di vino si sostituirà quella di mosto o vino senz'alcool e di uve in natura; occorre però che la propaganda crei un mercato favorevole a questi prodotti.

Sull'alcolismo nelle colonie parlano **Rosselli, Harford, Du Teil, Zacher, Marescalchi**, miss **Salomon**, miss **Bherns, Pastorello, Crapts, Bertarelli, Brian**, ecc. Risulta che le colonie italiane ne sono quasi immuni. Si è insistito sulla necessità di accordi internazionali.

L'on. **Magni** rileva che in Italia l'alcolismo è ancora poco diffuso tra gli operai, ma va estendendosi specialmente in Liguria, nell'alta Lombardia, nel Veneto e nella Marca Anconitana; si augura che gli industriali d'Italia sappiano contrastarne i progressi.

Il pastore **Stubbe** (Germania) si intrattiene sui mezzi atti a sostituire la bettola, come l'istituzione di case dal popolo. L'on. **Cabrini** propone i campi di giuoco, le biblioteche popolari, le società sportive, ecc.

N. von Cramer (Russia) parla del monopolio di Stato in Russia e della susseguente fondazione dei curatori governativi popolari per la temperanza, nonchè del compito affidato alle autorità rurali e cittadine per la cura della pubblica temperanza. Aggiunge che un progetto di legge contro l'alcool verrà presto discusso dalla Duma.

Ude (Austria) s' intrattiene sui ristoranti senza alcool, che hanno già fatto buona prova a Zurigo ed a Graz.

Flaig (Germania) riferisce sulle esposizioni antialcooliste. L' ing. **Pastorello** propone una grande esposizione nazionale ambulante.

Legrain tratta della cura degli alcoolisti, che fa consistere in due tempi: disintossicazione e rieducazione. Secondo **Danitsch** (Serbia) poco efficaci sono i mezzi farmacologici; egli ripone fiducia nei mezzi igienici e psichici. **Monod** (Francia) espone i metodi seguìti in Francia dalla Croce Bleu per sollevare dal vizio i bevitori. **Valtorta** (Como) crede che la terapia debba mirare ai fattori di degenerazione che, indebolendo la volontà, agevolano le abitudini morbose. Parlano anche **Delbuck, Gonser** ed altri.

La limitazione degli spacci vien presa in esame dal sen. **Garofalo**, da **Trommerhausen** (Germania), **Siegfried** (Francia), **Stileman-Gibbard** (Inghilterra), **Cherrington** (Stati Uniti) e altri.

La dott. **Beretta** insiste sul monopolio di Stato e sull'opportunità di inculcare la *temperanza* più che l'*astinenza*.

Della necessità di educare la gioventù si occupano miss **Brehm** (Stati Uniti), **Vaucleroy** (Belgio), **Vakeley** (Inghilterra): la propaganda dovrebbe essere compiuta specialmente a mezzo delle scuole.

Il sen. **Foà** dice che in molte sezioni di cadaveri di ragazzi riscontrò nei vasi del cervello e del cuore le stesse alterazioni che trovava negli stessi organi di adulti alcoolisti. Credette sulle prime si trattasse di lesioni ereditarie, ma poi riconobbe che sono alterazioni dovute all'uso del vino. Scongiura pertanto le madri di salvare i loro figliuoli fino dall' infanzia: spetta ad esse il farlo: essendo per natura più temperanti e più sobrie degli uomini, possono colla parola e con l'esempio cooperare validamente alla lotta antialcoolista.

***

Durante il Congresso si tenne un'adunanza di signore all'« Unione femminile Nazionale » per discutere il tema : « La donna nella lotta contro l'alcoolismo ». Le italiane si astennero quasi del tutto, per motivi non bene afferrabili.

In una sala dell'Arcivescovado si riunirono i cattolici temperanti ed astinenti. Si discusse sulla propaganda mercè la predicazione e l'esempio. Una lettera del cardinale Mercier pervenuta alla Presidenza inneggiava alla lotta contro l'alcoolismo, compiuta con la propaganda cattolica.

Il medico serbo dott. **Popovic** tenne una conferenza « sull'alcool nella guerra balcanica » dimostrando che nell'esercito serbo la moderazione ebbe per risultato una debole morbosità e cospicui vantaggi riguardo alla disciplina. Il generale medico dell'armata inglese sir **Ewath** parlò poi sui progressi dell'antialcoolismo nella marina britannica e sul conseguente miglioramento fisico dei marinai inglesi.

***

Il prossimo Congresso avrà luogo nel 1915 a New Jersey o in un'altra città dell'America, sulla costa dell'Atlantico; il successivo, con anticipazione di data, nel 1916 a Copenaghen.

***

Alla chiusura parlarono i numerosi delegati esteri, ringraziando l' Italia, la città di Milano e gli organizzatori, particolarmente il presidente Filippetti e il segretario Ferrari. Rispose il dottore Filippetti con un cordiale « arrivederci ! ».

G. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul contenuto in grasso dell'urina normale e patologica.

Eliminazione di grasso coll'urina si ha, come è noto, nella chiluria, e può anche aversi, a quanto sembra, in altre malattie. Disgraziatamente però i metodi finora utilizzati per la determinazione quantitativa del grasso nell'urina sono stati quelli stessi, di cui rilevarono tutte le pecche Kumagawa e Suto. K. Sakaguki (*Biochem. Zeitschr.*, Bd. XLVIII, p. 1, 1913) potendo impiegare il metodo della saponificazione proposto da questi ultimi, e così come opportunamente S. Kakiuchi lo ha esteso all'urina, ha rivolto recentemente l'attenzione al grasso dell'urina tanto in condizioni fisiologiche, quanto in condizioni patologiche.

Fino dal 1897 Reale, Giuranno e Lucibelli eseguirono determinazioni del grasso nell'urina normale, trovando che nelle 24 ore in media si eliminano gm. 0.44 di grasso. Ma Hybinette trovò soltanto gm. 0.0165 0.025 di acidi grassi superiori per ogni 10 litri di urina normale, e Kakiuchi gm. 0.024 di acidi grassi superiori pure per ogni 10 litri.

Stando così le cose, parve all'A. opportuno riprendere la quistione. Sperimentando su cinque individui sani, trovò grandi differenze nei vari casi, come nei vari giorni per uno stesso individuo; ma in media il contenuto normale in grasso dell'urina risultò di gm. 0.0085.

Interessava ora stabilire quale influenza esercitasse il grasso dell'alimentazione nell'eliminazione di grasso coll'urina. Erano state finora eseguite, con risultato positivo, ricerche sugli animali da Tiedemann e Gmelin, Bernard, Ludwig, Hammerbacher, Frerichs e Lang, e recentemente anche da Schöndorff. Mancavano però ricerche sull'uomo, e l'A. pensò di istituirle su sè stesso. Il risultato fu anche qui positivo, ed egli potè vedere, durante un'alimentazione ricca di grasso, persino quadruplicarsi la quantità normale di grasso della sua urina.

Per ciò che concerne l'urina nefritica, il Richter pel primo nel 1849 aveva fatto rilevare la presenza di grasso nell'urina albuminurica. Ph. Knoll poi ne diede la dimostrazione microscopica, attribuendolo alla degenerazione grassa degli epiteli.

Altre osservazioni in proposito fecero inoltre C. Chablie, Lehmann e H. Winternitz, il quale dimostrò anche, che solo una parte del grasso deriva dagli epiteli degenerati, mentre il resto proviene da quello circolante, rispettivamente da quello alimentare. Dalle sue ricerche sistematiche l'A. ha potuto concludere, che possono aversi grandi variazioni nei diversi casi, ma che l'eccesso di grasso eliminato coll'urina nella nefrite deriva principalmente dal sangue e dall'alimentazione, verosimilmente per un'aumentata permeabilità della parete dei canalicoli renali.

Anche nel diabete fu richiamata l'attenzione sul grasso urinario, e il Kobert aveva creduto di potere persino stabilire un rapporto tra quantità di grasso e quantità di zucchero. L'A. ha sperimentato su quattro diabetici, trovando che l'aumento nell'eliminazione di grasso coll'urina è di solito raro; la comparsa di molto grasso è poi generalmente da ascrivere in simili casi alla dieta, ma non ha alcun rapporto speciale colla malattia.

Egli non ha potuto nemmeno confermare l'aumento di grasso nell'urina dei tisici, che precedentemente sarebbe stato osservato da Heinrich e da Reale, Giuranno e Lucibelli.

Quasi affatto negativi furono pure i risultati su due casi di colica biliare e uno di ittero catarrale, contro le osservazioni precedenti del Loebisch.

Per la cirrosi epatica, mentre Loebisch aveva trovato un aumento, Reale, Giuranno e Lucibelli avevano potuto solo dimostrare uno scarsissimo contenuto in grasso dell'urina. L'A. in due casi non potè riscontrare alcun significante aumento.

Più interessanti sono le ricerche eseguite nei casi di frattura delle ossa, per tutto ciò che finora era stato affermato, fondandosi su metodi fallaci di indagine. Infatti mentre Hahn aveva osservato solo sei volte su 219 casi, e Riedel otto volte su 19 goccioline di grasso nell'urina, Scriba aveva ritenuto quasi costante la presenza di esso, tanto nei casi di fratture che di resezioni ossee, e ne aveva fatto un sintoma clinico importante delle embolie grassose. Secondo Scriba l'eliminazione incomincerebbe 2-4 giorni dopo la lesione, e avverrebbe a periodi; il grasso si troverebbe nell'urina sotto forma di emulsione, e solo in casi gravi e rari di embolie sotto forma liquida. Le ricerche eseguite da Riedel e Wiener sugli animali, iniettando olio nei vasi o nelle cavità sierose, hanno sempre permesso di rilevare goccioline di grasso nell'urina; si ebbe sempre morte per embolia. L'A. ha voluto riprendere le ricerche sull'uomo col nuovo metodo, e conclude che le note affermazioni dello Scriba, che cioè quasi ogni frattura o resezione ossea sia seguita da comparsa di grasso nell'urina, egli non le ha potute confermare. Pur avendo sperimentato su

pochi casi, non avendo mai riscontrato un vero aumento nell'eliminazione del grasso, si può ritenere con sicurezza, che non è possibile considerare l'urina grassosa come un sintoma frequente e utilizzabile dal punto di vista diagnostico.

G. AMANTEA.

CASISTICA.

Il valore del « segno di Döhle » nella scarlattina.

Già da molti anni autori diversi hanno potuto constatare nel sangue e negli organi degli scarlattinosi delle inclusioni leucocitarie, interpretate come protozoarî; causa probabile della malattia. Quando la reazione di Wassermann positiva nella scarlattina venne quasi come punto di appoggio a tale concezione, le ricerche si moltiplicarono; ma sebbene più tardi si dimostrò che la reazione di Wassermann può essere positiva anche in malattie che nessun rapporto hanno con i protozoi (lepra p. es.), le inclusioni leucocitarie furono studiate ancora nella loro forma e nel loro significato.

Döhle (*Münch. med. Woch.*, 1912, 30) ha insistito sulla frequenza del reperto (su 30 casi di scarlattina 30 reperti positivi) e con accuratezza ne ha descritto la morfologia: i leucociti polinucleari contengono nel loro protoplasma inclusioni di forma e volume variabile, gli uni simiglianti a cocchi, gli altri più grossi, rotondi od ovali, a pera, a bastoncini, a forma di filamenti leggermente flessuosi Prendono le colorazioni nucleari, e si mettono bene in evidenza col bleu azzurro.

Talora sia nell'interno dei leucociti sia allo esterno si trovano dei filamenti a spirale, e Döhle considera le inclusioni come forme di degenerazione d'uno spirocheta che sarebbe l'agente della scarlattina.

Senonchè le ricerchè successive ritrovarono le inclusioni leucocitarie, ritenute un tempo specifiche della scarlattina, nelle più svariate malattie e nel sangue di uomo normale: Schwenke le dimostrò nelle polmonite. Nicoll, Ahmed e Colmer nel tifo e nell'eresipela, Vogt, Schippers e De Lange nelle infezioni streptococciche, Lippmann e Huffschmidt nella difterite, altri autori nel morbillo, nel reumatismo articolare acuto, nell'appendicite, nella broncopolmonite, nelle anemie gravi, nelle cardiopatie, nel cancro.

Nessuna specificità dunque del reperto: tuttavia qualche autore non vuole rinunziare alla sua considerazione, e in base alla frequenza di esso nella scarlattina, pensa che la sua assenza depone contro la scarlattina.

Così Lippmann e Huffschmidt pensano che per mezzo della dimostrazione delle inclusioni leucocitarie si può differenziare una scarlattina da un esantema scarlattiniforme da siero p. es.

Le idee intorno alla natura delle inclusioni leucocitarie sono naturalmente assai indeterminate: così alcuni ritengono ancora si tratti di forme parassitarie e probabilmente protozoarie, molti tendono a considerarle come frammenti nucleari o cellulari inglobati dai leucociti.

Gli argomenti fondati sulle proprietà coloranti delle inclusioni comparate a quelle nucleari e protoplasmatiche, meritano ancora una revisione per assodare la vera natura del fenomeno, che, perduto ogni valore clinico, conserva, però, il suo valore scientifico.

t. p.

Febbre tifoide ed epilessia.

Non sono rari i casi di epilessia manifestatasi ad infezione tifoidea esaurita; molto più raramente invece essa si manifesta durante il decorso di questa malattia infettiva. Fra questi ultimi casi si possono distinguere quelli senza precedenti epilettici e quelli nei quali la febbre tifoide quasi risveglia la sindrome nervosa.

Nel primo tipo si tratta di infezione tifica grave, che può terminare con la morte in una crisi convulsiva; a volte però si ha una sola crisi. Questa forma d'epilessia è dovuta a lesioni cerebrali (ascesso, embolia, meningite o focolaio d'encefalite) o semplicemente a turbe funzionali del sistema nervoso causate dall'uremia o dall'intossicazione infettiva specifica eberthiana.

Nel secondo tipo, il malato, anteriormente già epilettico, ripresenta i suoi attacchi convulsivi, sotto l'influenza dell'infezione tifica. La febbre tifoide risveglia ed esagera i sintomi dell'epilessia. Si tratta insomma d'una forma di epilessia tossica nel corso d'una malattia infettiva.

(*Journal des praticiens*, 3 maggio 1913).

p. s.

Eritema nodoso e tubercolosi.

Sono note le osservazioni cliniche, le esperienze di laboratorio, le analogie che inducono a sospettare una parentela stretta tra eritema nodoso ed infezione tubercolare.

Widal pensa che « è sempre utile ricercare la tubercolosi nei casi di eritema nodoso; gl'individui soggetti all'eritema sono probabilmente più tubercolizzati degli altri, essi hanno una pelle ipersensibile che dà una reazione esagerata ».

Chauffard e Croizier, Landouzy, Marfan, hanno pubblicato osservazioni cliniche le quali farebbero indurre che l'eritema nodoso in certi casi sia addirittura una manifestazione della tubercolosi infiammatoria non follicolare.

Gautier (di Dinan) presenta due osservazioni cliniche (*Le Journ. des pratic.*, 1913, 16 agosto), nelle quali ad un tipico eritema nodoso in uno seguì pleurite e quindi un focolaio di tubercolosi polmonare, nell'altro una meningite tubercolare.

I due malati non avevano precedenti personali ed ereditari, in tutti e due i casi a breve distanza di pochi giorni dall'insorgenza dell'eritema nodoso scoppiarono evidenti i focolai tubercolari.

Tutte queste osservazioni fanno pensare che sia utile dinanzi a qualsiasi eritema nodoso stabilire una cura preventiva di una eventuale tubercolosi.

t. p.

TERAPIA.

Cura delle nevralgie del trigemino con iniezioni di alcool nel ganglio di Gasser,

J. Grinker M. D., nel *The Journal of the Am. Med. Asso.*, May 1913, dice che la cura delle evralgie del trigemino fece un gran passo allorchè Schlosser annunciò il metodo dell'iniezione di alcool nelle branche del nervo. Egli fu seguito da Ostwalt, da Kiliani e da Hauck. La ecnica dell'iniezione fu poi semplificata da Levy e Beaudouin.

Non sempre però questa iniezione riesce, non in tutti i pazienti è efficace, specie in coloro nei quali la nevralgia è d'origine centrale, e spesso la guarigione non è duratura. In molti casi perciò, nei quali l'iniezione periferica non riesce a migliorare le atroci sofferenze, è indicata la cura radicale, la gasserectomia. Operazione questa, che, nonostante i migliorati procedimenti operatori, rimane pur sempre grave.

Si pensò allora di trovare un metodo altrettanto radicale, ma meno pericoloso della gasserectomia.

L'alcool, che, iniettato nei rami periferici del trigemino, causando la loro degenerazione, s'era mostrato di una così grande utilità nella cura di tali nevralgie, avrebbe potuto, se portato fino nel ganglio di Gasser, condurre ad una guarigione permanente. E il dottor F. Härtel della Clinica di Bier ha tentato con successo un tal metodo, la cui tecnica non è molto più difficile diquella usata nell'iniezione periferica.

Per farsi un concetto di questo metodo è necessario avere delle cognizioni esatte sulla topografia della fossa zigomatica, ove trovasi il forame ovale: perchè l'ago, per raggiungere il ganglio, deve appunto passare per il forame ovale.

La parete anteriore della fossa zigomatica è data dalla superfice convessa del mascellare superiore; la parete interna dall'ala esterna del processo pterigoideo; in alto si continua con la fossa temporale. Immediatamente dietro l'ala pterigoidea esterna trovasi il forame ovale, traverso cui passa la terza branca del trigemino e la piccola meningea; più indietro ancora, ma sulla stessa linea, trovasi il forame spinoso per l'arteria meningea media. La fossa zigomatica è esternamente chiusa dalla branca ascendente della mandibola.

Il forame ovale più che un vero forame rappresenta un canale osseo lungo quasi 1 centimetro e largo da 2 a 7 millimetri: è necessario perciò scegliere un ago di piccolo diametro, affinchè possa facilmente passare per il canale osseo e arrivare di necessità entro il ganglio di Gasser.

Non sempre con la prima puntura si arriva direttamente al forame ovale. È spesso necessario rintrodurre più volte l'ago (via « concentrica »), o, lasciando l'ago infisso, muovere la punta finchè la resistenza ossea cede e l'ago stesso penetra nel forame (via « eccentrica »).

I capisaldi della tecnica di questa iniezione sono i seguenti:

1. Anestesia locale della pelle, dal lato in cui si vuol fare l'iniezione, in corrispondenza dei molari superiori.

2. Prima d'introdurre l'ago — lungo 10 cm. e largo 7 mm. — è necessario porre un corsoio alla distanza di 6 cm dalla punta, perchè tale è la profondità a cui generalmente trovasi il forame ovale.

3. Pungere la pelle in corrispondenza del 1. molare superiore, e guidar l'ago (senza che esso penetri nella bocca), servendosi all'uopo anche di un dito messo nella bocca del paziente, in modo da farlo passare tra il margine anteriore del ramo ascendente della mandibola e la tuberosità del mascellare, lungo il muscolo buccinatore, fin nella fossa zigomatica.

4. La direzione dell'ago deve esser tale che, guardato dall'innanzi, volga verso la pupilla dello stesso lato; verso l'eminenza articolare dell'osso zigomatico, se guardato di lato.

5. Il forame ovale si raggiunge scorrendo con la punta dell'ago dall'innanzi all'indietro sulla superficie inferiore liscia della grande ala dello sfenoide.

6. Raggiunto il forame ovale — ciò che si riconosce dal cedere improvviso della resistenza ossea e dall'insorgere di un dolore violento nel territorio di distribuzione della terza branca — il corsosio viene fatto scorrere all'esterno per 1.5 cm. e l'ago spinto finchè il dolore si estende anche ai rami della seconda branca, segno questo che il gauglio è stato raggiunto.

7. Si innesta ora la siringa, e s'inietta goccia a goccia da 0.5 a 1 cmc. di soluzione di alcool 80.

8. Dopo alcuni minuti l'anestesia deve essere completa.

I pericoli di questa iniezione si riassumono — se si eccettua la possibile, ma molto difficile, lesione dell'arteria meningea media — nella cheratite neuroparalitica, che può aversi qui come dopo la gasserectomia. Härtel l'ha osservata quattro volte su dieci casi. È perciò necessario provvedere alla protezione accurata dell'occhio prima e anche per molto tempo dopo l'iniezione, che non dovrebbe farsi mai ambulatoriamente.

Dato questo grave pericolo, l'iniezione del ganglio di Gasser, se deve esser tentata prima di una gasserectomia, deve farsi solo dopo aver inutilmente sperimentato l'invenzione nelle branche del nervo.

L'autore cita un caso di nevralgia del trigemino che egli ha curato, dopo molteplici iniezioni nei rami periferici, con il metodo di Härtel che a lui piace di chiamare « *gasserectomia medica* ».

L'ulteriore esperienza, migliorando la tecnica, aumentando il numero dei casi, e prolungando il periodo di osservazione, potrà darci le nozioni e i consigli necessari a far sì che un metodo così promettente possa divenire di pratica comune tra i clinici.

A. CHIASSERINI.

L'anestesia del nervo sciatico.

Babitzki (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1913 n. 7), osserva che si può ottenere un'anestesia completa soltanto mediante l'iniezione intranervea; l'efficacia di una iniezione fatta nei tessuti circostanti al nervo è molto dubbia; con questa si ha un'anestesia incompleta o, peggio, si rischia di provocare gravi fenomeni generali prima che si stabilisca l'anestesia.

Talvolta però l'iniezione nel paranervio dà risultati favorevoli, per esempio nella sciatica. Quivi però si tratta di iniezioni saline innocue, che si iniettano in grandi quantità, delle quali la maggior parte si riassorbe, ma rimane sempre una quantità sufficiente ad imbibire il fascio nervoso.

Altrimenti avviene per l'anestesia. Le solite dosi di forti soluzioni di novocaina al 2-3-5 % debbono essere adoperate con grande prudenza e parsimonia. Vari metodi sono stati adoperati: il più semplice è quello di Läwen; quello di Jassenetzki-Wojno non sempre dà risultati favorevoli; il migliore pare quello dell'A., perchè è basato su cognizioni anatomiche, e d'altra parte permette di essere sicuri di agire precisamente sul nervo. Si introduce il dito nel retto sino al punto dove il nervo sul contorno del grande forame ischiatico si piega per decorrere poi in giù nella doccia formata dalla tuberosità ischiatica e dal grande trocantere. Il grande forame ischiatico è formato dalla grande incisura ischiatica, che è trasformata in forame dal legamento sacro-spinoso. Raggiunta la spina ischiatica, il dito scorre lungo tutto il contorno del canale, della parte ossea e della parte legamentosa, dove spinge avanti a sè il contenuto del canale stesso. Finalmente trova il nervo, il quale quasi per tutta la sua estensione è coperto dal muscolo piriforme e soltanto per un breve tratto giace libero fra il margine inferiore di questo muscolo e il contorno osseo del canale.

L'ago penetra sotto il controllo del dito introdotto nel retto attraverso i glutei fino a raggiungere con precisione qualsiasi sezione del fascio nervoso. Il risultato non si fa aspettare: dopo pochi minuti si ha completa anestesia motoria e sensoria, come si ottiene nell'anestesia del plesso brachiale. Al paziente può esser data così qualunque posizione.

L'A. ha ottenuto con questo metodo risultati ottimi in casi 15 di operazioni (amputazioni, varici, osteiti) di sciatica.

I trapianti alla Tiersch riescono molto bene anestilizzando il nervo crurale con questo metodo, che si può utilizzare anche nelle applicazioni di apparecchi di fasciatura nei fratturati.

Nel n. 47 della *Münchner med. Wochenschrift* il prof. Perthes comunica di aver applicato in queste pratiche di anestesia un ago elettrico speciale, col quale si ha contrazioni dei gruppi muscolari corrispondenti non appena si tocchi il nervo che si vuole trattare, e soltanto allora si inietta con la siringa la soluzione anestetica.

Il metodo certo è eccellente; ma quando per mancanza di mezzi non può essere praticato, il metodo proposto dall'A. dà risultati pratici non inferiori.

P. S.

GLOSSARIO MEDICO.

Malattia di Kümmel-Verneuil.

DEFINIZIONE. — Deformazioni vertebrali traumatiche tardive.

STORIA. — Sindrome descritta da Kümmel nel 1891 col nome di *spondylitis traumatica* e da Verneuil nel 1892.

ETIOLOGIA. — Si osserva specialmente in operai manuali, dell'età di 25 a 45 anni, in seguito a un *traumatismo diretto* sul rachide o *indiretto* sui talloni o gli ischi, ad uno *sforzo muscolare* per evitare un passo falso. In tutti i casi il mec-

canismo è analogo: ipertensione o, talvolta, iperflessione, con o senza inclinazione laterale.

SINTOMI. — L'evoluzione si compie in tre tempi:

1. Dopo il traumatismo, rachialgia a livello dell'urto, talvolta deambulazione impossibile, contrattura o paresi degli arti inferiori. Questi disturbi scompaiono presto. *Nessuna deformazione vertebrale.*

2. Intervallo libero: periodo silenzioso, durante il quale il traumatizzato riprende il suo lavoro.

Durata: alcune settimane fino a qualche mese.

3. Ricomparsa di tutti i sintomi: dolori, contratture, paresi.

Deformazioni: cifosi a larga curvatura, talvolta scoliosi o lordosi.

PATOGENESI. — Due teorie principali:

1. Frattura vertebrale (leggero schiacciamento o compressione);

2. Osteite rarefaciente senza frattura.

DIAGNOSI. — 1° Spondiliti acute o subacute (da tifo, micosi, lue); 2° spondiliti croniche anchilosanti (malattie di Bechterew, di P. Marie); 3° deviazioni vertebrali d'origine miopatica (tabe, sclerosi a placche, paralisi infantile) e specialmente: 4° male di Pott; 5° isteria traumatica; 6° insufficienza vertebrale di Schanz.

PROGNOSI. — Relativamente benigna *quoad vitam*, ma grave dal punto di vista funzionale. Infortunio del lavoro assai frequente: l'incapacità, dapprima parziale, può divenire totale; conviene dunque fare delle riserve sull'esito remoto.

CURA. — Contenere e sostenere il rachide (decubito orizzontale, corsetto).

(Dalla *Presse Médicale*). R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(170) *Sulla vaccinazione antitifica.* — Poichè attualmente a Bolsena, ove sono medico condotto da qualche anno, infierisce una piccola ma tenace epidemia di febbre tifoide che ha già fatto qualche vittima, così vorrei praticare la vaccinazione antitifica sopra un certo numero di persone che si sono dichiarate disposte a vaccinarsi.

Quale vaccino, secondo l'attuale stato delle cose, è il migliore, cioè il più efficace ed il più sicuro? Si può averlo gratuitamente? e da chi? E, in caso, quanto costa?

Le sarei grato di una risposta sul prossimo « Policlinico » (Sezione Pratica).

Dott. Arias E. P. abbon. 3888.

Il numero sempre crescente dei vaccini, preparati per la profilassi del tifo, indica che l'ideale non è forse ancora raggiunto: col minimo della reazione locale e del danno eventuale ottenere il massimo effetto immunitario.

Ogni vaccino usato ha dato i suoi buoni effetti: parlo naturalmente dei vaccini più ampiamente usati e sperimentati, quelli fatti cioè con sospensione di bacilli morti: i vaccini Pfeiffer e Kolle, di Wright, di Castellani, di Wright modificato da Leysmann hanno fondamento scientifico unico, e solo nei particolari (mezzi di cultura; temperatura ed antisettici per uccidere i bacteri), variabili.

Difficile è dare un giudizio imparziale e sereno sui risultati finora pubblicati, e sulle critiche che i varî autori si sono mossi fra di loro.

Statistiche inglesi per il Wright, statistiche tedesche per il Pfeiffer e Kolle sono unanimi nell'elogiare il metodo di profilassi con i vaccini usati.

Recenti pubblicazioni francesi, studi accurati eseguiti perconto dell'Accademia di medicina di Parigi concludevano per bocca del Vincent « per l'impiego facoltativo della vaccinazione antitifica come un *mezzo razionale e pratico per diminuire in proporzione sensibile la frequenza e la gravità dell'infezione tifosa in Francia e nelle colonie* », senza dimostrare nelle conclusioni preferenze per nessuna preparazione particolare.

In questi ultimi tempi però in Francia le simpatie volgono per il *vaccino sensibilizzato di Besredka* e per il *vaccino polivalente di Vincent*, oltre che per la profilassi per la cura dei tifosi.

Purchè accuratamente preparato, noi crediamo ogni vaccino buono: gli elementi più importanti sono: la sicura sterilità del preparato, l'esatto dosaggio, i germi non devono essere uccisi a temperatura superiore ai 60°.

Ogni istituto è capace di fornire buone preparazioni: non credo che si concedano attualmente vaccini gratuiti.

Se vorrà tentare le vaccinazioni antitifiche è necessario che metta bene al corrente i suoi pazienti dei possibili fenomeni infiammatori locali e dei fenomeni generali immediati; inoltre della necessità di prendere le opportune misure nei primi 15-20 giorni dopo la vaccinazione (fase negativa), per evitare facili infezioni.

Come vedrà anche nel prossimo numero della sez. medica, un buon vaccino è preparato nell'Istituto di patologia medica di Pavia. L'iniezione di esso si fa per iniezione endovenosa: fenomeni locali nulli. Potrebbe facilmente ottenerlo rivolgendosi al prof. Moreschi, aiuto nel suddetto istituto. *t. p.*

(171). *Enuresi consecutiva a parto distocico.* — Vi prego indicarmi nella « Posta degli abbonati » il metodo curativo più razionale del seguente caso clinico.

Una signora di anni 22, primipara, ebbe due mesi fa un parto distocico che richiese l'applicazione del forcipe.

Dopo circa 20 giorni dal parto, nell'alzarsi dal letto, avvertì, ai primi movimenti, dei disturbi nell'urinazione che rivelarono una lieve cistite puerperale, contrassegnata da minzione involontaria di urine frammiste a muchi, di odore ammoniacale, assenza di dolori locali e di reazione febbrile.

Sottoposta per qualche tempo alle opportune cure igieniche, dietetiche e medicamentose, l'inferma è guarita dalla cistite.

Ma persiste, sebbene attenuata, l'urinazione involontaria che s'accentua quando l'inferma compie una sforzo, o ride, o sternuta, o tossisce, o ha delle emozioni.

Il disturbo sembra in alcuni giorni scomparso, senonchè, senza cause valutabili, il giorno appresso riappare.

Nessun dolore accusa l'inferma sulla parte, nè le urine presentano caratteri od elementi anormali. Il suo stato generale è ottimo e non ha altri disturbi.

Soltanto è molto preoccupata del suo stato, per il fastidio che le ne deriva e per il timore di non guarirne.

Con stima, m'abbia

dev.mo abbonato n. 7298
G. C.

Rispondiamo astraendo dalle contingenze specifiche:

Può succedere, per fortuna piuttosto raramente, che la eccessiva durata del periodo espulsivo, e più specialmente la troppo lunga permanenza della testa fetale all'egresso sottopongano la vescica e più particolarmente il collo di essa ad un trauma per compressione. Ciò si verifica di solito nelle primipare, nelle quali i diversi periodi del parto hanno normalmente una più lunga durata che non nelle pluripare. E questa è una delle cause che indica l'intervento ostetrico e la liberazione della donna.

A questa compressione troppo protratta, talvolta segue la paresi vescicale e l'incontinenza in vari gradi, e qui non accenniamo nemmeno ai casi più gravi, nei quali, in seguito alla compressione troppo prolungata, si possono verificare fistole. Quando la paresi e l'incontinenza non siano sostenute da altre cause, in un tempo più o meno lungo vengono gradatamente a scomparire. Qualora l'eventuale cistite sia completamente risoluta e permanga lieve incontinenza, che si manifesta specialmente quando la persona compie uno sforzo, si potrà con vantaggio ricorrere agli stricnici e anche all'elettricità.

f. b. l.

VARIA

L'alcoolismo in Italia. — Il consumo dell'alcool segna colla rapidità del suo aumento anche in Italia il passo della malattia e della morte che gli camminano a lato. Al Congresso di Firenze contro l'alcoolismo si disse che in 52 manicomi i pazzi per alcool erano passati da 3682 con 860 donne nel triennio 1903-1905 a 7092 con 751 donne nel triennio 1909-1911. Nel progetto Luzzatti le morti da alcool da 434 nel 1887, salivano a 897 nel 1908, e a 1408 nel 1909. Nello stesso tempo la produzione di solo alcool passava da ettolitri 85,284 nel 1888-89, a 800,537 nel 1908-909; gli spacci da 1 ogni 174 abitanti nel 1904 salivano ad 1 ogni 159 nel 1909.

L'Italia nella statistica del 1905 aveva assunto nel consumo di alcool un posto non invidiabile. Per nazione e per abitante negli ultimi 25 anni si avevano queste cifre: Francia litri 22.42 all'anno; Italia 14.13; Belgio 12.27; Svizzera 11.99; Inghilterra 10.84; Danimarca 10.73; Germania 9.54; Austria 9; Stati Uniti 6.40; Svezia 6.15; Olanda 5.42; Russia 2.80; Norvegia 2.25. (*Gazz. d. Osp.*).

L'alcoolismo in Russia. — Nel 1911 vi erano in Russia 26,234 spacci di acquavite di Stato: uno per ogni 5730 abitanti. Furono venduti in complesso 1 miliardo e 100 milioni di litri di acquavite con un aumento di 25 milioni di litri in confronto al 1910, e di 85 in confronto al 1909.

Le provincie in cui si beve di più sono quelle di Mosca e Pietroburgo, dove il consumo medio individuale è di 20 litri all'anno.

Come è noto, la vendita dell'acquavite è, in Russia, un monopolio di Stato. Questo monopolio ha dato al tesoro Russo nel 1911 un incasso di due miliardi 100 milioni di lire con un guadagno netto di 1 miliardo e 600 milioni. Il bilancio del 1911 venne detto il bilancio dell'ubbriachezza!

Dal 1902 al 1910 il consumo di acquavite in Russia aumentò del 40 per cento. Nel 1902 il numero dei delitti per causa di alcoolismo fu di 1,747,577; nel 1910, di 2,589,154. L'alcoolismo trovasi, come si vede, in sensibile aumento nella Russia. (*Gazz. d Osp.*).

L'alcoolismo in Germania. — Nel 1910 si sono spesi in Germania circa 2 miliardi e 700 milioni in birra, vini e liquori. Ciò significa che ogni abitante dell'Impero ha sborsato 50 lire per bevande alcooliche. Nello stesso anno sono stati internati nei manicomi circa 30 000 individui per alcoolismo e 1500 morirono per delirio di origine alcoolica.

Circa il 10 per cento dei suicidi furono dovuti all'alcoolismo e circa il 10 per cento dei delitti più gravi furon commessi da persone in istato di intossicazione alcoolica. (*L'Igiene Sociale*).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*).

M. URSTEIN. **Spätpsychosen katatoner Art.** Eine klinische Studie. Urban u. Schwarzenberg 1913. Mk. 16.

La splendida monografia dell'Urstein non è che la continuazione degli altri suoi lavori sulla demenza precoce nei suoi rapporti collo stato maniaco-depressivo. In questo lavoro l'autore tratta colla sua speciale competenza le psicosi tardive a tipo catatonico. Egli parla di forme tardive della catatonia quando questa si presenti dopo i 40 anni: questa delimitazione che può sembrare arbitraria è giustificata soprattutto nella donna, che all'epoca del climaterio presenta un profondo mutamento sia delle condizioni fisiche che psichiche. L'A. naturalmente non considera quelle forme sintomatiche di una demenza senile o arteriosclerotica. Il lavoro del Urstein, che si addensa in considerazioni sulla fisiologia e psicologia dell'età senile, presenile, del massimo interesse soprattutto per quel che si riferisce ai rapporti tra menopausa e psiche, è soprattutto importante per il ricco materiale casuistico bene studiato e classificato. P. A.

C. GIACHETTI. **La medicina dello spirito.** Manuali Hoepli; 1913, pag. XII-223. L. 2.50.

Questo manuale di psicoterapia è un libro buono e sano. Scritto lucidamente e gradevolmente, svolge idee definite sui compiti e sui limiti della psicoterapia e raccoglie molte informazioni utili, molti spunti pratici, molte indicazioni terapeutiche eccellenti e sicure.

Rispecchia le dottrine e gl'insegnamenti di Dubois, Oppenheim, Déjerine, Freud, Janet, Zbinden, ecc. ma sintetizzandoli e armonizzandoli in modo personale.

È così diviso: La medicina e la psicoterapia: I sistemi moderni; La psiconeurosi; Manifestazioni funzionali e sintomi speciali; L'igiene morale dei ragazzi; L'educazione dell'*io*; Esagerazioni, frodi e surrogati della psicoterapia; I libri e le lettere.

È un libro che coglie nel segno. Ne raccomandiamo vivamente la lettura. *y.*

Maladies des Méninges, par HUTINEL, KLIPPEL, CLAUDE, ROGER-VOISIN, LEVY-VALENSI. XXXV vol. du traité de méd. et de thérap. publié sous la direct. de Gilbert e Thoinot. Baillière et F., éd., Paris. Fr. 8.

In due grandi capitoli è divisa la materia: meningiti encefaliche, meningiti rachidiane, e ognun di essi alla loro volta in meningiti acute e croniche.

Le meningiti acute cerebrali sono trattate da Hutinel e Roger-Voisin, le croniche (compreso l'ematoma della dura madre) da Klippel.

Le meningiti spinali sono svolte a cura di Claude e Levy-Valensi; in ogni capitolo i recenti acquisti della clinica e del laboratorio trovano posto conveniente, ogni recente tentativo felice di terapia trova adeguato svolgimento: il libro è una bella sintesi di quanto di meglio e di più moderno si conosce sulle malattie delle meningi. *t. p.*

G. PIQUAND. **Précis d'anesthésie locale.** Paris, 1913.

Paul Reclus è, si può dire, l'apostolo dell'anestesia locale, ne ha fatto una scuola e se ne è fatto un programma per la vita. Gli avversari del suo metodo son quei chirurghi che non lo conoscono e poi le vittime di questi operatori ignoratori. Convinto che la tecnica non è mai tale da potere essere improvvisata, ha egli istituito da 5 anni all'Hôtel Dieu, a Parigi, una serie di dimostrazioni nelle quali egli pratica davanti agli studiosi tutti gl'interventi chirurgici che debbono essere fatti con l'anestesia locale.

L'anestesia locale ha fatto grandi progressi in questi ultimi anni, non per i principii e per la tecnica, ma per le nuove sostanze chimiche scoperte, molto attive e molto meno tossiche della cocaina.

Questo manuale è scritto per i pratici lontani dalle cliniche: in questa guida chiara, precisa, concisa essi troveranno il segreto per potere molte volte evitare le gravi responsabilità della cloroformizzazione. Il Piquand, interno ed aiuto della clinica del Reclus, egli poteva meglio d'ogni altro trattare quest'argomento. P. S.

ANTONINO EYMIEU. **L'Ossessione e lo Scrupolo.** Trattato teorico-pratico di cura della nevrastenia, psicastenia, ecc. secondo la recentissima concezione Janet-Eymieu, ad uso degli ammalati, medici e confessori. Serie II del « *Governo di sè stesso* ». Unica traduzione italiana autorizzata dall'Autore ed eseguita sulla 10ª edizione francese per cura di N. T. — Un vol. in 12° di 350 pagine. Desclée & C., editori. Roma. L. 3.50.

Desunto dalla psicologia sperimentale, questo lavoro utilizza i metodi dell'analisi psicologica odierna per interpretare e valutare le anomalie psichiche più comuni e insegnare a riconoscerle e ad emendarle.

Sarà molto accetto ai pazienti e verrà scorso con interesse dai medici. Si rivolge anche ai direttori spirituali di coscienza. A. S.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Federazione degli Ordini dei Medici.

Il Consiglio della Federazione degli Ordini dei Medici si è radunato a Parma il 26 settembre ultimo nella sede di quell'Ordine, che gli concesse cortese ospitalità. Erano presenti il presidente prof. Guzzoni degli Ancarani (Siena), i consiglieri Boccasso (Torino), Campi (Livorno), Cappelletti (Venezia), Evoli (Reggio Calabria), Gianturco (Napoli), Marchese (Catania), il segretario Garofalo (Roma), il tesoriere Ruzzini (Ancona). Mancava soltanto il consigliere Filippetti, impegnato a Milano per il Congresso contro l'alcoolismo.

Il presidente comunicò il lavoro compiuto dall'Ufficio di Presidenza dopo l'ultima adunanza, specialmente per quanto riguarda le riforme nelle perizie giudiziarie e l'opera degli ufficiali sanitari in seguito al processo Braccini, riferendosi per il resto alle circolari già diffuse e pubblicate.

Il tesoriere dott. Ruzzini riferì sul bilancio della Federazione, facendo rilevare che pochissimi Ordini hanno pagato il tenue contributo fissato dallo statuto; molti non hanno pagato ancora nemmeno il contributo 1912: la vita della Federazione rimane compromessa da questo stato di cose.

Il Consiglio deliberò di fare vive pressioni anche personali presso i presidenti degli Ordini, perchè tutti regolarizzino la contribuzione finanziaria verso la Federazione.

Messa in discussione la data della prossima assemblea generale degli Ordini, il presidente professore Guzzoni propose di rimandarla ai primi giorni del febbraio 1914, dopo la rinnovazione biennale dei Consigli degli Ordini. Fece osservare che il primo periodo della vita della Federazione ebbe carattere di prova; lo statuto fu deliberato soltanto in via provvisoria, e si stabilì perciò che il primo Consiglio federale, nominato con procedura eccezionale, restasse in carica non due anni, ma uno. Ora si tratta di dar vita definitiva alla Federazione con uno statuto che dovrà essere riformato profittando dell'esperienza già fatta, e sembrerebbe opportuno che questo assetto duraturo della Federazione e le direttive del suo lavoro futuro fossero deliberate dai rappresentanti dei nuovi Consigli degli Ordini, che saranno tutti rinnovati in gennaio. Anche gli Ordini hanno vissuto nel primo biennio una vita di incertezze, muovendo spesso a tentoni i primi passi del loro cammino. Riunendo l'assemblea generale nello scorcio del presente anno, verrebbero ad essa i rappresentanti di Consigli morituri, molti dei quali non saranno rieletti, che si troveranno forse nell'impossibilità di prendere deliberazioni per le quali non conosceranno il pensiero delle rispettive assemblee, e che eleggeranno un Consiglio federale composto di uomini che alla loro volta potranno fra poco non aver più voce in capitolo negli Ordini cui appartengono.

Su questa proposta si svolse una larga ed animata discussione. Il segretario dott. Garofalo propose che, approvandosi il rinvio a febbraio, la Presidenza dovesse preventivamente esporre agli Ordini i punti principali da mettersi in discussione nell'assemblea generale, affinchè su di essi potesse conoscersi il pensiero delle adunanze generali di gennaio dei singoli Ordini provinciali.

Con tale intesa, il rinvio dell'assemblea generale fu approvato con 7 voti contro 2.

Il consigliere dott. Campi riferì sulla pubblicazione di un giornale organo della Federazione, presentando al Consiglio il progetto di uno dei più importanti editori d'Italia che all'uopo era presente a Parma e intervenne a questa parte della seduta. Dopo lunga discussione, il Consiglio deliberò che il giornale iniziasse le sue pubblicazioni col 1° gennaio prossimo, con numeri quindicinali inviati gratuitamente a tutt'i medici inscritti agli Ordini. La sede della redazione fu stabilita a Roma. Fu deliberato che il giornale dovesse occuparsi delle questioni generali della classe medica italiana e dovesse avere carattere e fisonomia propria, senza perciò intralciare la vita dei Bollettini dei singoli Ordini. Fu inoltre deciso che i singoli Ordini dovessero fornire a loro spese le fascette stampate con gli indirizzi dei loro inscritti.

Il dott. Garofalo riferì sui voti e sulle proposte pervenute al Consiglio, perchè fossero discusse nella prossima assemblea generale. Da ogni parte d'Italia si fanno voti per una riforma della legge sugli Ordini che assicuri l'obbligatorietà della inscrizione e affidi sulla efficacia dei deliberati degli Ordini in materia disciplinare. Ricordata la giurisprudenza contradditoria in proposito, che oggi ha la tendenza a non riconoscere l'esistenza della contravvenzione all'articolo 53 del testo unico delle leggi sanitarie per gli esercenti non inscritti negli Albi, il relatore annunziò che la Cassazione di Roma non si è ancora pronunciata in proposito, benchè ad essa sia sottoposto un ricorso contro la sentenza della Corte d'appello di Aquila che ha condannato i contravventori. Se la Suprema Corte giudicherà la non esistenza della contravvenzione, occorrerà un'agitazione sollecita ed intensa per ottenere dal Parlamento una in-

terpretazione autentica della legge 10 luglio 1910 o un'aggiunta legislativa alla legge sanitaria includente fra le condizioni previste dall'articolo 53 del testo unico per l'abilitazione all'esercizio anche la inscrizione nell'albo dell'Ordine.

Dopo un interessante dibattito, il C. F. deliberò di intensificare la sua azione presso il Governo ed il nuovo Parlamento per ottenere la sanzione chiara ed efficace del principio della obbligatorietà dell'inscrizione negli Ordini.

A proposito di un voto dell'O. di Cremona per le dimissioni in massa dei Consigli degli Ordini in attesa di una completa e radicale revisione della legge, il C. F. unanime deliberò di non associarsi ad esso.

Circa una proposta dell'O. di Modena per una modifica all'articolo 9 della legge sugli Ordini nel senso di abolire l'appello all'assemblea generale contro i provvedimenti disciplinari inflitti dal Consiglio, il C. F. si dimostrò contrario alla proposta stessa, ritenendo che un giudizio di seconda istanza compiuto dalla classe sia una garanzia per la serietà e l'equità della sentenza.

In seguito a mozione dell'O. di Porto Maurizio sull'opportunità di inscrivere negli Albi degli Ordini dei medici i dentisti non laureati, il C. F. approvò la proposta del relatore Boccasso che non sia il caso di inscriverli, ma che con ciò non deve menomamente intendersi che i Consigli si disinteressano dell'esercizio professionale di questi sanitari, il quale deve rimanere sotto la sorveglianza dell'Ordine.

In merito a diverse questioni sottoposte al Consiglio federale dall'O. di Mantova e riguardante il diritto nei Consigli dell'Ordine di stabilire un Codice deontologico e di occuparsi in esso dei rapporti fra medici condotti e liberi esercenti, il C. F. approvò, su proposta del relatore Evoli: 1° che nel regolamento interno di ciascun Ordine può e deve essere incluso un Codice deontologico che serva di norma per la disciplina dell'esercizio professionale; 2° che gli Ordini hanno il diritto e il dovere di occuparsi delle questioni deontologiche legate al boicottaggio delle condotte per quanto riguarda il contegno dei liberi esercenti: nel caso speciale di Mantova ritenne non potersi fare la questione della retroattività perdurando l'infrazione alle norme del Codice deontologico.

Diverse questioni riguardanti i medici delle assicurazioni furono discusse in seguito a mozioni degli Ordini di Alessandria, Ferrara, Rovigo e Venezia, e approvando le conclusioni accuratamente svolte dal relatore Cappelletti, il C. F. ritenne:

1° che non è giustificata la differenza di onorario per i medici fiduciari dell'Ist tuto Nazionale di assicurazioni e che perciò è giusto far voti che l'onorario sia di lire 15 tanto per i medici dei capoluoghi di provincia, quanto per quelli dei centri minori;

2° che non sembra opportuno richiedere che l'onorario del medico fiduciario sia proporzionato al capitale assicurato: *a*) perchè la visita medica, indipendente da ogni ragione dell'*affare* non può e non deve ad esso in verun modo commisurarsi; *b*) perchè la funzione commerciale dell'agente non può essere invocata come norma per uniformarvi quella ben diversa, esclusivamente ed obbiettivamente sanitaria, del medico;

3° che non sembra opportuno far voti per la modificazione della disposizione secondo la quale i medici fiduciari dell'Istituto Nazionale di assicurazioni, trascorsi due anni dall'incarico provvisorio, debbano rinunciare ad essere medici di fiducia di compagnie private di assicurazioni che non abbiano ceduto il portafoglio allo Stato, perchè senza recare offesa o limitare la libertà professionale, qualunque ente pubblico o privato può esigere dai propri funzionari che non partecipino ad altri enti con i quali si trovi in condizioni di contrario o concorrente interesse;

4° che pure ammettendosi che siano gratuiti i certificati medici per la inscrizione alla Cassa Nazionale di previdenza rilasciati dai medici condotti per individui inscritti nell'elenco dei poveri, nulla giustifica che non siano pagati quelli rilasciati per individui non poveri;

5° che sia opportuno far voti per un aumento dell'esiguo onorario di lire 5 per le visite mediche per la cessione del quinto, potendosi disporre che altre cinque lire siano pagate dall'Istituto di credito.

Avendo l'O. di Porto Maurizio sollevata di nuovo la tanto discussa questione della facilità con la quale, in base alla legge Casati, i medici stranieri ottengono la così detta rivalida del loro diploma e perciò il diritto di esercitare liberamente in Italia, il C. F., su proposta del relatore Gianturco, confermando i voti già fatti più volte sull'argomento dall'antica Federazione, stabiliva di richiamare nuovamente l'attenzione delle Facoltà mediche d'Italia sulla necessità di essere molto severi e guardinghi nel concedere la suddetta rivalidà, seguendo un parere già espresso dalla Facoltà medica di Genova, sia per la tutela professionale dei medici italiani, sia in special modo per la difesa della dignità della nostra scienza.

In seguito ad un'altra mozione dell'O. di Porto Maurizio su una deliberazione del C. S. di sanità contraria al diritto degli Ordini di stabilire tariffe minime di onorari professionali, il C. F., facendo sue le conclusioni di una relazione del consigliere Marchese deliberava che occorre affermare

e sostenere in ogni modo il principio che i Consigli degli Ordini hanno il diritto secondo la legge 10 luglio 1910 di stabilire tariffe minime per le prestazioni professionali fatte a vantaggio degli agiati.

Su proposta del presidente Guzzoni, che richiamò in proposito la bellissima conferenza del professor Sclavo a Siena sui *Diritti dell'Igiene*, il C. F. riaffermò gli antichi voti della classe medica per un ordinamento più moderno del Consiglio Superiore di sanità, con elementi più largamente elettivi.

Prima di sciogliere l'adunanza il presidente ringraziò caldamente il chiarissimo dott. Carlo Tonelli, presidente dell'O. di Parma, per la cordiale e signorile accoglienza fatta ai membri del Consiglio federale.

Il C. F. inviò telegrammi di adesione al Congresso contro l'alcoolismo, in cui fu rappresentato dal suo consigliere dott. Filippetti, e di compiacimento al prof. Augusto Murri per la sua guarigione.

L'importante adunanza del Consiglio della Federazione si prolungò per oltre cinque ore, e tutte le questioni furono discusse con grande larghezza e serenità. La deliberazione di rinviare al prossimo febbraio l'assemblea generale degli Ordini, ci consta essere stata variamente giudicata, ed anche biasimata, da alcuni presidenti di Ordini presenti a Parma per il Congresso dei medici condotti; a noi sembra tuttavia che tale deliberazione trovi ampia giustificazione nelle ragioni che l'hanno determinata, e che furono chiaramente espresse dal presidente della Federazione.

CAJUS.

Cronaca del movimento professionale.

Contro i medici italiani in Tunisia. — Non è guari il corpo medico francese in Tunisia, staccandosi dall'antica « Società internazionale delle Scienze mediche », prendeva atteggiamento ostile contro i colleghi italiani.

Da quel giorno la « Società Medica francese » si affermò con una levata di scudi e con una serie di voti, di cui caposaldo era quello di far accettar dal Governo del protettorato l'esercizio dell'arte medica mediante il solo diploma francese: seguivano poi alcune proposte, tendenti a modificar la pratica medica degli infortuni sul lavoro.

E con la vaga accusa di pretese immoralità da parte di alcuni medici stranieri, tacciati di praticar la dicotomia con le Società di assicurazioni, si concludeva invitando il governo a modificare la legge stessa sugli Infortuni del lavoro, della quale solo i medici francesi avrebbero dovuto usufruire.

Il valoroso corpo medico italiano, scrive « La Rivista sanitaria siciliana », fu tosto in effervescenza, e dopo aver protestato energicamente contro quelle accuse infondate, formulò un vibratissimo memoriale, invocando il rispetto dei trattati, che sanzionano il libero esercizio dell'arte sanitaria in Tunisia.

E il memoriale sortì il suo effetto. Il governo del protettorato fe' sapere all'Ambasciata italiana di Parigi che nulla era mutato, nè pareva dovesse cambiare in avvenire quanto all'esercizio dell'arte medica; solo era in preparazione un decreto sull'esercizio della farmacia in Tunisia, che difatti fu promulgato ai primi di aprile.

Così stavan le cose fino a pochi giorni fa; come preannunzio, la « Tunisie Française » riportò, nella rivista della stampa, il commento di un giornale medico francese, dove un professore di medicina, che era stato colà tempo fa, al Congresso dell' « Avanzamento delle Scienze francesi », emetteva dei giudizi poco benevoli sui medici italiani di Tunisi, giudizi fatti a lui dal dott. Porot dell'Ospedale civile francese; un medico lionese, figlio di papà... Alapetite, residente generale.

« I medici italiani sono generalmente mal visti » diceva questo bravo dott. Porot, che finiva ribadendo le solite, vaghe accuse di dicotomia a carico dei colleghi italiani.

Pochi giorni dopo la « Società medica francese », riunita in una sala del Municipio (notate la correttezza), ritornava all'attacco e questa volta, abbandonando la troppo prematura questione del diploma francese obbligatorio, riaffermava l'antico voto di limitare ai soli medici francesi lo esercizio della medicina sugli infortuni del lavoro in Tunisia; rendendo di questo unanime desiderio consapevole il Governo del protettorato.

I medici italiani, già irritati per le maligne insinuazioni del dottor Porot, si riunirono numerosissimi e dopo aver preso una energica decisione per rispondere all'irrequieto collega, gettarono le basi di una associazione medica italiana, che oltre a proteggere gl'interessi materiali e morali dei singoli componenti, si occuperà contemporaneamente di questioni scientifiche, da trattarsi in un Bollettino bimensile.

(*L'Avven. Sanit.*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4061) *Cura ambulatoria - Cure elettriche.* — Il dottore abbonato 4273 desidera conoscere se, avendo obbligo di curare in un ambulatorio gli ammalati, che sono in grado di recarvisi, possa pretendere compenso da coloro che, pur potendo camminare, vogliono la visita a domicilio e se per le cure elettriche possa pretendere speciale compenso.

Da coloro che sotto pretesto di impossibilità, si esimono dal recarsi nello ambulatorio, non può chiedere compenso. Ha, però, diritto di far cessare l'abuso riferendone al sindaco, il quale potrà all'uopo emanare speciale *bando* od *avviso*. L'Amministrazione potrebbe stabilire una penale per coloro che, chiamato il medico, fossero da questi riconosciuti in grado di muoversi. Per la esecuzione delle cure elettriche occorrono speciali strumenti che il medico condotto non è obbligato a tenere. Se li tiene, ha diritto nell'usarli a speciale compenso. Certamente gli infermi, in mancanza di comodità nel proprio paese, avrebbero dovuto recarsi altrove con maggiore loro danno economico.

(4062) *Pensioni*. — Il dottore E. T. da M. desidera conoscere per qual ragione il servizio militare prestato prima della nomina a medico condotto non debba essere valutato, agli effetti della pensione, e se possa valergli un anno di servizio prestato alla dipendenza dello Stato senza diritto a pensione.

È infatti stabilito dallo articolo 30 del testo unico della legge sulle pensioni che il servizio militare può essere tenuto in conto per il raggiungimento del diritto a pensione, solo quando esso sia collegato ad interruzione di carriera. La ragione sta in ciò, che solo allora tale servizio, interrompendo il decorso degli anni di servizio, arreca effettivo danno agli interessi di chi lo presta. I servizi interinali sono trattati alla stessa stregua. La legge sulle pensioni non si modifica, come Ella crede, ogni cinque anni. L'anno di servizio, cui accenna, non è riscattabile perchè non fu prestato a servizio del medesimo ente presso cui ora trovasi.

(4063) *Divisione di condotta - Oneri nuovi*. — Il dottore C. S. da C. A. C. chiede conoscere se dividendosi in due l'attuale unica condotta, abbia diritto di scelta, e se l'Amministrazione municipale, in occasione della revisione del capitolato possa imporgli oneri nuovi, come la sostituzione del collega, l'abolizione della cavalcatura, ecc.

Per doveroso riguardo a Lei, che presta servizio da ben 25 anni, l'Amministrazione comunale dovrebbe darle la libertà di scelta. Certamente Le si dovrà riserbare la sezione più comoda ed agevole. Nella revisione del capitolato l'Amministrazione stessa potrà modificare le condizioni di servizio nel senso di rendere questo più spedito e sollecito, ma non può violare diritti già acquisiti dal sanitario. Così non potrà imporre l'onore della supplenza gratuita nè togliere il diritto alla cavalcatura. Reclami contro il relativo provvedimento consiliare alla G. P. A., che dovrà pronunziarsi nel merito.

(4065) *Capitolato*. — Il dottore X, abbonato 7756, desidera conoscere se abbia l'obbligo di rispettare un patto contrattuale contenuto non nel proprio capitolato, ma in quello di un collega che esercita la seconda condotta.

I capitolati sono veri e propri contratti, che stabiliscono i diritti e i doveri che intercedono fra il sanitario ed il Comune, che lo stipendia per il servizio di condotta. Quindi per propria essenza, essi sono personali e non si può, senza offendere la legge, applicare ad altro sanitario disposizioni peculiarmente e singolarmente stabilite per una determinata condotta: *Res inter alios acta, tertios nec prodest nec nocet.*

(4066) *Concorsi - Copie di titoli*. — Al dottore F. S. da I. D. C., che ci interpella in proposito, rispondiamo che le copie dei documenti da presentarsi ai concorsi, onde evitare eventuali contestazioni, è meglio sieno redatte in carta da bollo da lire 2.40, ed autenticate dal notaio.

(4068) *Tassa esercizii - Incompatibilità amministrative - Passaggio dalla condotta rurale alla urbana*. — Il dottore L. R. da P. desidera conoscere: 1. Se può coprire la carica di sindaco chi abbia il genero medico condotto ed ufficiale sanitario; 2. Se debba pagare la tassa di esercizii anche in un Comune ove interpolatamente si reca per esercitare la professione; 3. Se un medico di condotta rurale può, senza concorso, passare alla urbana.

Non è ragione di decadenza pel sindaco l'aver il proprio genero che ricopra la carica di medico condotto ed ufficiale sanitario. Per essere esentato dal pagare la tassa di esercizii nel secondo Comune deve dimostrare di non esercitare ivi in modo continuo ed abituale. Se può fornire tale prova dovrà reclamare contro la tassazione alla commissione comunale di prima istanza. Se la nomina del medico condotto rurale avvenne per quella determinata località, il passaggio alla condotta urbana non poteva avvenire senza il concorso. Se, invece, il concorso fu bandito per l'intero comune, senza speciale indicazione di località, ben poteva effettuarsi il passaggio con semplice deliberazione consiliare.

(4069) *Concorso - Documenti*. — Il dottore G. M. da T. R. desidera conoscere se le firme del sindaco apposte alle copie delle deliberazioni consiliari, al certificato di buona condotta ed al certificato di sanità debbano essere legalizzate dal prefetto anche quando tale modalità non sia indicata nel bando di concorso, e se le copie dei documenti debbono essere fatte integralmente o per sunto, su quale carta e se, infine, vi è bisogno di legalizzazione.

Tutte le firme del sindaco vanno legalizzate dal prefetto, anche quando tale modalità non sia indicata nel bando di concorso. Pel certificato medico non occorre la legalizzazione della firma del medico da parte del sindaco, ma bensì solo

quella del prefetto. Le copie vanno fatte integralmente, su carta di lire 2,40 ed hanno egualmente bisogno di legalizzazione.

(4071) *Specialità medicinali.* — Il dottore A. D. P. da R., desdera conoscere in qual modo possa ottenere la privativa industriale per una preparazione farmaceutica da lui ideata.

Per ottenere quanto desidera, deve rivolgere domanda al prefetto della Provincia. Le specialità medicinali vanno vendute esclusivamente da' farmacisti e senza autorizzazione di sorta, ma solo in base ad analoga ricetta del medico.

(4072) *Pensioni.* — Al dottore abbonato N. 1227 rispondiamo che il periodo utile per la pensione comincia per lui a decorrere dal 1. ottobre 1892 perchè coll'adesione fatta alla Cassa di previdenza fin dallo inizio della sua istituzione, ha riscattati gli anni di interinato prestati prima della sua nomina regolare in base a concorso. Con 24 anni e 6 mesi di servizio si liquida la pensione di 25 anni. Con 25 anni di servizio e 52 anni di età liquiderà annue lire 841.

(4073) *Copie di documenti per concorsi.* — Al dottore V. G. da C. I., rispondiamo che le copie fatte nel modo indicato sono valide. Occorre la carta di lire 2,40.

(4075) *Stipendii - Pagamento.* — Al dottore P. F. da T. rispondiamo che anche pel medico interino l'esattore è tenuto ad anticipare lo stipendio. In caso di ulteriore rifiuto ricorra al prefetto.

(4077) *Medici sussidiarii di emigrazione.* — Al dottore N. G. da R. rispondiamo che per ottenere l'imbarco come medico civile alla dipendenza del R. Commissario dei piroscafi in servizio di emigrazione, si deve essere forniti del titolo speciale a norma della recente legge.

(4078) *Cura domestici.* — Il dottor S. N. da R desidera conoscere se, avendo obbligo di cura gratuita per i soli poveri, possa pretendere compenso per le prestazioni fatte a domestici di famiglie agiate.

Certamente i domestici in parola non sono inscritti nello elenco dei poveri e perciò non possono essere curati gratuitamente. Dovrebbero pagare essi direttamente gli onorarii al sanitario. Però nella pratica consuetudinaria di simili casi di locazione d'opera, nella spesa totale che il padrone sostiene pel proprio domestico, vi è compresa anche quella per eventuali infermità. Se dovrà ricorrere all'autorità giudiziaria pel pagamento degli onorarii può citare quindi, il capo di famiglia, salvo a costui di dimostrare di non aver alcun obbligo del genere.

4080) *Infortunii sul lavoro - Cure mediche o chirurgiche.* — Il dottor L. S. da R. desidera conoscere se l'infortunato che viene ricoverato in un ospedale abbia il dovere di pagare la retta, o se questa debba essere pagata dal capo ad esercente dell'Impresa o si possa prelevare dalla indennità relativa e se da qualsiasi fonte derivi il pagamento, abbia il medico diritto a speciale compenso.

Se per le regole statutarie dell'ospedale non vi ha diritto a ricezione gratuita da parte dei poveri nativi del luogo, è evidente che l'operaio infortunato deve pagare la relativa retta e l'ammontare di questa ben può essere prelevata dalle indennità che gli competono. Il medico condotto è obbligato a curare gratuitamente gli infortunati inclusi nello elenco ma ha diritto a pagamento da parte degli agiati. Per la stessa ragione, il medico che ha per contratto l'obbligo di curare tutti gli infermi ricoverati nell'ospedale, a qualsiasi classe o condizione appartengano deve curare eventualmente anche gli infortunati che vi fossero ricoverati. In caso di lavoro eccessivo, potrebbe al massimo ricevere una congrua gratificazione.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

CAGLIARI. — Il dott. Murgia Antonio Efisio è abilitato alla libera docenza in patologia generale.

FIRENZE. — Il prof. Gatti Girolamo, straordinario di patologia chirurgica, è promosso al grado di ordinario.

Il dott. Fulle Giambattista è nominato assistente di patologia generale.

GENOVA. — Il dott. Vallebona David è autorizzato al trasferimento da Roma della libera docenza in terapia fisica.

NAPOLI — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Taliercio Enrico in clinica ostetrica e ginecologica; Sofrè Giuseppe in patologia medica; Marenduzzo Luigi in diagnostica medica; Enea Domenico in clinica ostetrica e ginecologica.

Sono nominati i dottori: Spirito Francesco assistente in clinica ostetrica; Aiello Luigi assistente in clinica oto-rino-laringoiatrica.

PALERMO. — I dottori Messina Gaspare, Cottone Gaetano, Rao Vincenzo e Ciriminna Giovanni sono nominati, in seguito a concorso, titolari della condotta medica.

PAVIA — Il dott. Beduschi Vincenzo è autorizzato a trasferire da Siena a Pavia la libera docenza in clinica delle malattie nervose e mentali.

TORINO. — Il dott. Sangiorgi Giuseppe è abilitato alla libera docenza in igiene.

Il cav. dott. Giovanni Maccanti, ufficiale sanitario di Poggibonsi, è nominato uffiziale della Corona d'Italia.

Il dott. Antonino Polizzi, ufficiale sanitario di Misilmeri, è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

Condotte e Concorsi.

ACQUASANTA (*Ascoli Piceno*). — Medico chirurgo per la generalità; L. 3100 lorde, obbli. cavalc. Scad. 20 ottobre.

* ARTENA (*Roma*). — Una delle due condotte piene; L. 4000 lorde, cavalc. a carico dei richiedenti di campagna; abit. 6000 dei quali 1400 circa sparsi. Scad. 20 ottobre.

AULLA (*Massa Carrara*). — Frazione di Capriglio!a, ab. 1753, L. 2600, cura piena, L. 400 cavallo, tre sessenni. Scade 20 ottobre.

BARBANIA (*Torino*). — Condotta consorziale con Fronte Vanda di Front; L. 2450. Scadenza 15 ottobre.

CALENDASCO (*Piacenza*). — Condotta piena; L. 3000 e 3 sessenni, L. 800 per cavalcatura, ambulatorio L. 40, deliberazioni in corso; abit 3895. Scad. 15 ottobre.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*).– Condotta; L. 3700; in corso d'approvazione L. 4000; cura poveri; ab. 2721. Scad. 31 ottobre.

CASALVOLONE (*Novara*). — Condotta; kmq. 16.95; ab. 2061; per la generalità L. 3500, oltre L. 200 quale U. S., L. 300 indenn. alloggio, L. 300 indennità mezzi di trasporto. L. 250 cura lavoratori temporaneamente immigrati. Scad. 31 ott.

CASTAGNETO PO (*Torino*). — Condotto e U. S.; L. 2000; servizio dei poveri. Scad. 15 ottobre.

CIMADOLMO (*Treviso*). — Condotta libera; L.4000 ed alloggio. Abit. 2261. Scad. 15 ottobre.

* CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Chirurgo primario e aiuto chir. V. fasc. 40. Scad. 15 ott.

COASSOLO TORINESE (*Torino*). — Medico del Consorzio con Monastero di Lanzo; L. 2000 e L. 200 quale U. S., cura poveri, 100 famiglie circa. Scad. 15 ottobre.

CORNETO TARQUINIA (*Roma*). — Condotta medica residenziale; L. 2400 lorde e tre sessenni; alloggio e indennità di L. 300 dall'Ospedale Municipale; tariffa speciale per gli abbienti. Scad. 22 ott.

CORNETO TARQUINIA (*Roma*). — Condotta chirurgica residenziale; L. 4000 lorde e tre sessenni; tariffa speciale per gli abbienti. Scadenza un mese dal 22 sett.

CREMA (*Cremona*). *Ospedale Maggiore.* — Medico-chirurgo-ostetrico assistente; L. 1400 lorde (col 1° genn. la tassa di R. M. viene sostenuta dall'Opera Pia) e L. 6 per ogni guardia notturna. Servizio entro 8 giorni. Nomina biennale. Scad. 31 ottobre.

ERBA - INCINO - CREVENNA (*Como*). — Secondo riparto *B*, abitanti 2641, stipendio 3550, tre aumenti sessennali del decimo. scadenza 15 ottobre. Condotta piena, zona eminentemente di villeggiatura.

FACCIANO (*Lecce*). — Condotta; L. 2000 per i poveri e 750 per gli agiati; L. 250 se U. S., lorde. Servizio entro 15 giorni. Scad. un mese dal 30 settembre.

* FERMO (*Ascoli Piceno*). — Condotto per la generalità; L. 4250 lorde, compreso compenso cavalc., L. 100 quale U. S. Scad. 30 ottobre.

FIRENZE *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto di medicina e Aiuto del turno elettroterapico; carica e conferma biennali; titoli ed esami; biennio di servizio effettivo in ospedali o cliniche. L. 1800 con ritenuta di R. M. Tre medici chirurgi assistenti, nomina e conferma biennali, età massima 28 anni, L. 1200 con ritenuta di R. M. Documenti alla Segreteria entro le ore 17 del 31 ott.

GATTEO (*Forlì*). — Al 15 ottobre condotta pei poveri di S. Angelo; L. 3000 lorde, L. 600 per cav e L. 150 per l'ambul. Ab. 2300 con 500 poveri.

GIUNGANO (*Salerno*). — Al 31 ottobre concorso a medico-chirurgo; L. 1500 per i poveri e L. 1000 per gli abbienti. Età non superiore ai 40 anni.

GROPPELLO CAIROLI (*Pavia*). — Secondo condottato; L. 3650, 3 sessenni. Scad. 21 ottobre.

ISOLA SANT'ANTONIO (*Alessandria*). — Condotto; L. 3500, due sessenni ed alloggio. Scad. 15 ott.

* LUGAGNANO (*Piacenza*). — Condotta con Gropparello; L. 5500, compresavi indennità cavalcatura. Scad. 15 ottobre.

MARACALAGONIS (*Cagliari*). — Condotto per la generalità; L. 3225 lorde e 2 quinquenni del decimo. Scad. 15 ottobre.

MENDRISIO (*Svizzera*). *Manicomio Cantonale.* — La Commissione amministrativa del Manicomio, così autorizzata dal lod. Consiglio di Stato, avvisa essere aperto il concorso al posto di secondo medico assistente presso il Manicomio stesso. I concorrenti dovranno inoltrare al Consiglio di Stato in Bellinzona, la domanda stesa su carta da bollo da cent. 50, unitamente agli atti comprovanti la loro idoneità a detta carica. L'emolumento annuo è fissato in fr. 2000, oltre il vitto e l'alloggio individuale. Il concorso rimane aperto sino al 31 ottobre p. v. (A quanto ci risulta non si richiede la cittadinanza svizzera).

* MONTE URANO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 30 ottobre condotta; L. 4000 lorde, di cui due terzi pei poveri; assicurazione; non obbl. cav.; ambulatorio e ospedale. I sanitari sono due. Accettazione entro 8 giorni, assunzione del servizio entro 30.

* MORLUPO (*Roma*). — Condotto; L. 4000, cura piena, L. 100 quale U. S.; non più di 40 anni, s. e r. Scad. 30 ottobre.

NAPOLI. *Istituto Ortopedico Ravaschieri.* — Due assistenti volontari fuori organico. Vedi fasc. 38. Scad. 15 ottobre.

OLEGGIO (*Novara*). — Condotta con Mezzomerico; L. 1260 per la generalità e L. 50 quale U. S. Scad. 17 ottobre. Servizio entro 15 giorni.

* OLEVANO ROMANO (*Roma*). — Due candotte lorde; L. 2200 quota poveri, L. 1150 quota facoltativa abbienti, due sessenni, L. 50 all'U. S. Scad. 40 giorni dul 1° ott.

PADOVA. *Casa di cura della Poliambulanza medico-chirurgica.* — Medico astante. Il termine utile per la presentazione dei documenti scade col 15 ottobre. Rivolgersi alla Direzione.

PERUGIA. *Università Libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PESARO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale di S. Salvatore; L. 5000 lorde e sessennio. Nomina annua, poi stabilità. Quattro anni di servizio chirurgico. Documenti da inviare mediante piego raccomandato con ricevuta di ritorno alla segreteria entro le ore 16 del 3 nov.

POCAPAGLIA (*Cuneo*). — Condotto per i poveri, U. S., necroscopo; L. 1500 e L. 350 dalla Congregazione di carità. Abit. 2485, poveri 300 circa. Scad. 15 ottobre.

* PRATO SESIA (*Novara*). — Abit. 2073. Per volontarie dimissioni del titolare è aperto il concorso a medico-chirurgo adontalgico (sic) e ufficiale sanitario; L. 1500 pei poveri, L. 1500 per la condotta piena, L. 200 quale uff. san., L. 200 d'indennità alloggio, L. 100 per trasferte alle frazioni e tre sessenni, al netto di R. M. Scad. 22 ott.

REGGIO CALABRIA. — 1ª e 3ª condotta pei villaggi; L. 2000 ciascuna e due sessenni. Scad. ore 14 del 15 ottobre. Norme e condizioni visibili nella Segreteria comunale, sezione Sanità. (Per una svista, nei fasc. 39 e 40 questo concorso venne riferito a Reggio Emilia, mentre era stato riportato esattamente nel fasc. 38).

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 32 tenenti medici effettivi tra i tenenti e sottotenenti medici di complemento del R. Esercito; L. 2400 oltre L. 200 d'indennità di arma. Scad. 31 ott. Età massima 30 anni al 23 sett. (Rivolgersi all'Ispettorato di Sanità).

SAN DAMIANO AL COLLE (*Pavia*). — Condotta piena; L. 3700 ed alloggio; abit. 2031; deliberazioni in corso di approvazione. Scad. 20 ottobre.

SANSEPOLCRO (*Arezzo*). — 3ª condotta. Proroga al 15 ottobre.

SCANSANO (*Grosseto*). — Condotta di Murci Poggioferro; L. 3600 compresavi indennità cavalc. ed a. f.; generalità 1600 abitanti. Scad. 20 ottobre.

STALETTI (*Catanzaro*). — Condotta pei soli poveri; lorde L. 1500, più L. 150 quale U. S.; senza obbligo cavalc. Ab. 2000, pressochè tutti agglomerati nel capoluogo. Scad. 20 ott.

TREVIGLIO (*Bergamo*) *Ospedale Santa Maria.* — Medico primario Direttore; L. 3000, casa ed uso acqua potabile. Aiuto di chirurgia; L. 2000, abitazione nell'interno dell'Ospedale, illuminazione, acqua potabile, bucato, riscaldamento e servizio oltre il 10 per cento sulle tasse chirurgiche degli ammalati a pagamento. Non più di 40 anni per entrambi. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 51 ott.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti ospedalieri e di beneficenza.* — Direttore sanitario dell'Ospedale Civile; vedi fasc. 40. Scad. 10 nov.

UGGIATE (*Como*). — Consorzio con Gaggino, Tredano, Ronago, Camnago; abitanti 4007; stipendio 4700 più 400 indennità mezzo trasporto, tre aumenti sessennali. Scadenza 25 ottobre; chiedere nota documenti Ufficio Comunale Uggiate.

VERCELLI (*Novara*). — Presso la *Scuola ostetrica pareggiata* Assistente; L. 1180 nette con l'obbligo di pernottare e risiedere nell'ospedale maggiore ove ha sede la scuola e disimpegnare ufficio assistente presso sezione maternità; non più di 30 anni, titoli ed esami, documenti al Rettore della R. Università di Torino. Scad. 10 novembre.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero.* — Medico-chirurgo assistente di 1ª categoria nell'ospitale civile; vedi fasc. 39. Scad. ore 15 del 20 ottobre.

Medico-chirurgo assumerebbe subito supplenza o interinato. Rivolgersi al dott. C. Troiani, Montecastrilli, prov. di Perugia.

Medico chirurgo, pratico condotta, uff. san., munito di certificati di ospedali, assumerebbe dal 1° novembre, se a buone condizioni, interinato, preferibilmente in pianura e per qualsiasi durata. Per eventuali proposte scrivere dott. Domenico Ugenti a Crespino di Rovigo.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi :

Nuove diffide sanzionate: Talamello (Pesaro), S. Damiano al Colle e Mornico Losanna (Pavia), Taino (Como), Cantiano (Pesaro-Urbino).

Revoca di diffide: Fiorenzuola (Firenze), Monti di Ridda e Cheremule (Sassari), Pontedera (Pisa), Borgo S. Sepolcro e Pieve S. Stefano (Arezzo), Concenighe-S. Tommaso (Belluno), S. Pietro in Cerro e Calendasco (Piacenza).

Revoca di boicottaggio: la sezione vicentina dell'A. N. M. C. revoca il boicottaggio di S. Orso.

Ci si comunica dalla sezione di Rovigo dell'A. N. M. C. :

« Questa Sezione diffida il concorso di Occhiobello perchè la condotta si trasformi di piena in libera ».

Dalla presidenza della sezione di Viterbo dell'A. N. M. C.:

« La sezione di Viterbo conferma la diffida della condotta di *Valentano*, sebbene il concorso sia stato aperto a buone condizioni, perchè è uno dei paesi migliori per la istituzione della condotta residenziale. Si fa appello alla solidarietà dei colleghi perchè il concorso vada deserto, e si rammenta a tutti che Valentano ha dato del filo da torcere a questa Sezione e a parecchi colleghi con alcuno dei quali ha sostenuto e fortunatamente perduto cause avanti i tribunali ».

TORINO. *Reale Accademia di medicina* (Via Po, n. 18). — E' aperto un concorso al 13° Premio Riberi di L. 20,000 per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere. Scadono i termini col 31 dicembre 1916. Per le condizioni del concorso rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, via Po, 18, Torino. Il segretario generale: V. Oliva.

NOTIZIE DIVERSE

Guido Baccelli in Germania.

Guido Baccelli, dopo un lungo soggiorno a Parigi, si è recato in Germania allo scopo di studiarvi da vicino l'ordinamento degli studi medici.

Diamo il benvenuto all'illustre clinico che ha fatto ritorno in questi giorni fra noi.

Il IV Congresso delle Opere antitubercolari

si è svolto negli scorsi giorni a Torino.

Ce ne occupiamo in altra parte del giornale.

Il Congresso nazionale dei medici ospedalieri

fu inaugurato il 5 corr. a Torino, presenti il sindaco sen. Teofilo Rossi e molte autorità. Parlarono il dott. Salsotto, presidente dalla Commissione ordinatrice, il sen. Rossi, presidente del Comitato d'onore, il prof. Tirelli, a nome della Sezione torinese della Associazione, il dott. Arienti che portò l'adesione dell'Amministrazione ospedaliera di Milano, il prof. Carducci, presidente generale dell'Associazione.

Il dott. Salsotto, dopo avere esposto ampiamente il programma dell'Associazione, chiuse il suo dire ricordando il prof. Anglesio, degente per infezione, e inviando a lui in nome dei congressisti l'augurio di un pronto ritorno alla salute.

Dei lavori compiuti ci occuperemo prossimamente.

Al Congresso internazionale di chirurgia.

In occasione del IV Congresso della Società internazionale di chirurgia, che si adunarà a Nuova York dal 14 al 19 agosto 1914, avrà luogo un'esposizione internazionale di presidî chirurgici, nei locali del Congresso.

Le corrispondenze relative dovranno indirizzarsi al segretario generale, L. Mayer, rue de La Loi 72, Bruxelles.

Convegno di medici cattolici.

Si è tenuto a Milano nel salone del « Gabinetto cattolico ». Presiedeva il dott. Lodovico Necchi, che illustrò lo scopo della riunione: cioè studiare i mezzi onde organizzare i medici cattolici d'Italia e riunirli in una Federazione nazionale, della quale l'oratore lumeggiò gli intendimenti. La discussione si protrasse a lungo su questo tema, la cui relazione era stata affidata ai dottori Fezzi e Piana. La relazione generale dell'Associazione venne fatta dal dott. Carlo Baizzini. Approvata in via di massima l'idea dell'organizzazione dei medici cattolici, si dette incarico ad una commissione, sotto la presidenza del dott. Necchi, di attuare al più presto l'iniziativa.

III Congresso biennale dell'Associazione di medicina tropicale nell'Estremo Oriente.

Questo Congresso avrà luogo dall'8 al 15 novembre in Saigon (capitale della Cocincina francese), sotto la presidenza del dott. Clarac, ispettore sanitario delle truppe coloniali francesi. Vicepresidenti ne saranno: il nostro connazionale Castellani (Ceylan), Terunchi (Giappone), Vogel (Giava), Stronn (Filippine), (Yersin dell'esercito coloniale francese), Francis Clark (di Hong-Kong) e altri.

La sottoscrizione è di sei piastre di Saigon.

Alla chiusura del Congresso verrà organizzata una escursione alle rovine di Angora.

Le compagnie marittime faranno una riduzione del 20 % sui biglietti semplici e del 5 % su quelli con ritorno.

Per informazioni rivolgersi al dott. Montel (médecin à Saïgon).

Un nuovo pedocomio a Bologna.

E' stato inaugurato a Bologna il nuovo Ospedale Gozzadini, destinato, secondo le intenzioni della fondatrice contessa Aldighieri Gozzadini, alla cura delle malattie dei bambini. Vi assistevano il prefetto, il sindaco, altre autorità ed una folla d'invitati. Parlarono il presidente dell'Amministrazione degli ospedali riuniti avvocato Gattoni, il sindaco comm. Nadalini, il direttore del nuovo ospedale prof. Maurizio Pincherle.

L'ospedale « Piemonte » a Messina.

Il Comitato centrale piemontese per soccorsi ai danneggiati del terremoto ha consegnato l'ospedale « Piemonte », da esso costrutto in Messina, all'Opera pia ospitaliera della città.

La funzione ebbe carattere strettamente privato. La cerimonia ufficiale dell'inaugurazione venne rinviata a dopo le elezioni politiche.

Denuncia delle malattie infettive a Milano.

Il prof. Bordoni-Uffreduzzi, medico capo dell'Ufficio di igiene e sanità del comune di Milano, ha diramato una circolare a tutti i medici della città, in cui raccomanda la denuncia immediata dei casi di tifoide anche se semplicemente sospetti e, in considerazione dei prossimi trasferimenti annui ed allo scopo di poter intervenire colle necessarie disinfezioni, ricorda ad essi l'obbligo della denuncia dei casi di tubercolosi polmonare, in seguito a cambiamento d'alloggio degli infermi.

L'esercizio della medicina nel Brasile.

Con decisione recente del Ministro dell'interno brasiliano, l'esercizio della medicina diviene libero in tutta l'estensione del territorio della Repubblica.

Per l'acquisto di mesothorium a Monaco.

In tutta la Germania ferve l'operosità dei direttori di cliniche e d'ospedali per procacciarsi le sostanze radioattive in quantità sufficienti alle applicazioni terapeutiche di cui recentemente si sono dimostrate suscettibili.

A Monaco di Baviera, per iniziativa del professore Döderlein, al quale si deve in gran parte questa nuova applicazione terapeutica, si è tenuto un concerto i cui introiti erano destinati all'acquisto di mesothorium. I posti per assistere al concerto sono stati venduti sino a 100 marchi l'uno.

Molte Società industriali ed operaie hanno promesso di concorrere con le loro risorse al nobile scopo.

Rassegna della stampa medica.

La Presse Méd., 9 ag. MORESTIN. « L'autoplastica da estensione graduale dei tessuti ». — MASSON. « Falsi branchiomi ».

Ann. d'Ig. Sper., II. CELLI. « La diffusibilità dei germi patogeni ». — SAMPIETRO. « Dialisi dei liquidi aggressinici e loro potere immunizzatorio ». — De BLASI. « Alterazioni verificate in un giunto di acqua potabile ». — BONAMARTINI. « Chimica e igiene del latte ».

Münch. Med. Woch., 12 ag. ASCHOFF. « Come si originano i calcoli di colestearina pura ». — RODMER. « Sulla chemoterapia della tubercolosi polmonare ». — JUNGMANN. « Dipendenza della funzione renale dal sistema nervoso ». — BENARIO. « Patologia e terapia del diabete insipido ».

Rev. de Méd., 10 ag. LÉPINE. « Patogenesi e trattamento del diabete zuccherino e dell'acetonemia ». — TRUNECEK. « Le anastomosi tra grande e piccola circolazione allo stato normale e patologico ». — BENON e CIER. « La forma astenica della paralisi generale ». — LUBETZKI. « La diatesi psicastenica ».

Rev. de Chir., 10 ag. QUÉNU e GATELLIER. « Trattamento delle fratture antiche della rotula ». — CORSE e DUPUICH. « Tubercolosi polmonare e chirurgia ». — TANSINI e MORONE. « Splenomegalia con cirrosi epatica in periodo ascitico; splenectomia e operazione di Talma ».

L'Encéphale, 10 ag. ARNAUD. « L'anarchia psichiatrica ».

Gazz. d. Osp., 12 ag. BARBARO. « Le iniezioni di autosiero ed i leucociti nelle pleuriti essudative ».

Gaz. d. Hôp., 12 ag. MARQUIS. « Il cancro delle mammelle bilaterale *d'emblée* ».

Wien. Klin. Woch., 14 ag. SOMOGYI. « Il fenomeno pupillare vagotonico ».

Pet. Med. Woch., 14 ag. GREIFE. « I dolori periodici delle donne ».

Deut. Med. Woch., 14 ag. MARCHIAFAVA. « Sulla malaria perniciosa ». — KÜSTER. « Mammiferi allevati asetticamente ».

Le Scalpel, 13 ag. H. von WINIWARTER. « La chemoterapia della tubercolosi ».

Arch. int. d. Sc. Med., 15 ag. CASOLINO. « Polso lento provocato con la pressione del bulbo oculare ». — TANTURRI. « Sindrome rinonevrotica ».

Pathologica, 15 ag. SEGÀLE. « La termogenesi negli aumenti di temperatura ambiente ». — FINATO e NOVELLO. « Sulla ipersensibilità dei pellagrosi ».

Paris Méd., 16 ag. CATHELIN « Il rene mobile congenito ». — PELLOT. « Le trombosi venose dell'arto superiore destro, dette flebiti da sforzo ».

Gazz. d. Osp., 14 ag. DOZZI. « Sulla prova dello zolfo neutro urinario ». — 17 ag. ORTALI. « Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel ».

Lo Speriment., 16 ag. BANTI. « La splenomegalia emolitica anemopoietica. (Anemia emolitica splenomegalica anemopoietica). Ufficio della milza nell'emolisi ». — AMATO « Reperto morfologico nel sangue degli scarlattinosi ». — BASTAI. « La milza arteriosclerotica ».

La Rif. Med., 16 ag. MARAGLIANO D. « Cura radicale dei tumori maligni del testicolo coll'estirpazione dei gangli juxta-aortici «.

Med. Klinik, 17 ag. SALOMON. « Sul trattamento dietetico della calcolosi biliare ». — SIGWART e HÄNDLY. « Il mesothorium in ginecologia ».

Journ. Méd. Français, 15 ag. « Numero consacrato agl'inizi della tubercolosi polmonare ».

Folia gynaecologica, I. VERDELLI. « Alterazioni della placenta nella sifilide ». — PERAZZI. « Sui fermenti proteolitici dell'urina in gravidanza e puerperio ». — BERTOLONI. «Sui fibromiomi della *portio* ».

Rev. Neur., 15 ag. LONG-LANDRY e QUERCY. « Epilessia parziale continua ».

Il Morgagni (arch.), ag. DE LISI. « Malattia di Dupuytren con sindrome di Berard-Horner ». — DE SANDRO. « Sul *bacillus oxalatigenes* ». — BARTOLOTTI. « Raro episodio nel decorso di una tubercolosi peritoneale cronica ». — TUMMINIA. « Patogenesi e terapia dell'infezione puerperale ».

Riv. Sanit., 15 ag. MARCOVICH e UMECK. « Casi di tifo esantematico ».

Riv. Ospedal., 15 ag. CONCETTI. « Amioplasia primitiva congenita familiare ».

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 16. ROCHA, LIMA e WERNER. « Coltura dei parassiti malarici ».

Klin.-ther. Woch., 18 ag. DANIELSEN. « Le ricerche di A. Carrel e il loro valore pratico ».

Pensiero Med., 17 ag. FEDERICI. « La febbre di Malta nell'età infantile ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C

L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 19 ottobre 1913 Fasc. 42

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO:

LAVORI ORIGINALI

REPARTO CHIRURGICO DELL'OSPEDALE DI CARPI

Nuovo processo per evitare l'incontinenza negli interventi per carcinoma del retto

per il prof. GIUSEPPE ZIRONI
Docente di patologia speciale chirurgica nella Regia Università di Modena, Chirurgo primario dell'Ospedale.

Nei numerosi processi proposti ed eseguiti per l'intervento sui tumori maligni del retto, tre cose hanno essenzialmente preoccupato i chirurghi:

a) avere una via d'accesso all'organo quanto più ampia possibile, onde render più facile e completa l'ablazione del neoplasma. A tale scopo si sono escogitati i processi perineali, vaginali, addominali e dorsali e fra questi, primo quello di Kraske. Su di essi non m'intrattengo esorbitando ciò dallo scopo di questa mia nota;

b) applicare alle operazioni fatte sul retto le regole di asepsi chirurgica più rigorose. Un primo passo è stato fatto dal Pollosson colla creazione di un ano iliaco, che ha lo scopo di deviare il corso delle feci e facilitare la disinfezione del retto, sia per la via rettale, che per l'ano formato. Altro processo è quello del prosciugamento del retto proposto da Quénu;

c) ovviare per quanto possibile, all'incontinenza sempre fastidiosa e più o meno ributtante. Ciò lo si è tentato prima coll'applicazione di mezzi palliativi, poi colla creazione di sfinteri artificiali, infine colla conservazione dello sfintere naturale.

I mezzi palliativi, come tamponi unti di vaselina, palloni di gomma, la pelotte proposta da

Hochenegg, si sono mostrati inadatti ed incomodi, non potendosi avere un contatto permanente colle parti molli facilmente spostabili.

La creazione di sfinteri artificiali fu tentata da parecchi, ma con esito non molto soddisfacente.

Il Willems, in corrispondenza della tuberosità ischiatica, pratica una incisione obliqua della lunghezza di 5-6 cm. diretta in alto ed in fuori; separa il fascio di fibre inferiori del grande gluteo per l'altezza di circa un cm., vi tira attraverso il retto e ve lo sutura.

Per le amputazioni molto alte, incide sul margine destro del sacro e divisi i legamenti tuberoso-sacrali e spinoso-sacrali, come sopra prepara un fascio muscolare, sotto cui fa passare il retto, costruendo in questo e nell'altro modo uno sfintere muscolare.

Tale metodo fu poi eseguito anche da Vitzel e Rydygier, il quale ultimo si servì per la costituzione dello sfintere, oltre che del fascio gluteo, anche del piramidale.

Il Billroth pratica l'inginocchiamento dell'intestino sopra il margine del sacro, e fa decorrere obliquamente l'estremità intestinale attraverso le parti molli.

Il Gersuny infine pratica la torsione sul proprio asse dell'intestino da fissarsi per un terzo-tre quarti di cerchio, finchè il dito non percepisca, nel sorpassare il punto contorto, una resistenza elastica.

Un altro gruppo di metodi ideati è quello che riguarda la conservazione dello sfintere naturale mediante la resezione del retto. Ad esso appartengono i seguenti metodi:

Metodo Dieffenbach-Volkmann. — Si spacca l'ano dall'avanti all'indietro, ottenendo due lembi laterali: al disopra di essi si reseca l'intestino, unito poi ai due lembi l'estremo sano del retto, si ricostruisce in condizioni normali l'estremo inferiore.

Metodo Hueter. — Si pratica incisione a ferro di cavallo, che va da una tuberosità ischiatica all'altra, colla convessità verso lo scroto: divise le connessioni col bulbo cavernoso nell'uomo, col costrittore della vagina nella donna, si ribatte il lembo verso il sacro, si seziona il retto 1-2 cm. sopra l'ano, e ad esso, dopo asportata la parte malata, si sutura il moncone centrale ricostruendo il perineo.

Metodo Bardenheuer-Novaro-Schelky. — In esso l'incisione a ferro di cavallo, ha la convessità rivolta all'indietro, arrivando a livello del coccige; s'incide l'elevatore dell'ano e il retto al disopra dello sfintere e si ribatte il tutto in avanti verso lo scroto. Isolato il retto e stiratolo in basso, si reseca la parte malata e si ricostruisce il tutto.

Metodo W. Levy. — S'incide la cute per 8-10 cm., trasversalmente sopra il sacro, ad un dito trasverso sopra le corna del coccige; da ogni estremo del taglio, si prolunga in basso per 8 cm. un altro taglio perpendicolare, lungo cm. 8, interessante pelle e grande gluteo; il lembo osteocutaneo viene ribattuto in basso; scoperto ed isolato il retto, se ne reseca la parte malata e si sutura il moncone centrale alla porzione sfinterica.

Questi sono i principali processi aventi per prima mira d'impedire l'incontinenza fecale.

Alcuni però non corrisposero allo scopo o vi corrisposero malamente; tutti vanno soggetti a critiche che ora passerò in rassegna.

Al metodo Willems, quantunque l'idea sua sia ingegnosa, si obbietta la poca praticità, poichè complica troppo l'operazione, ed espone con più facilità a fatti d'infezione: esso non corrispose alle speranze sollevate da principio.

Il metodo Gersuny è seducente, non è però applicabile quando vi sia soverchia trazione in basso dell'intestino; una torsione poi di esso troppo spinta, potrebbe provocare gangrena, e alcune volte anzichè una incontinenza potrebbe provocare una stenosi.

Prutz su 28 casi, trovò 2 soli che avevano una continenza molto relativa, ed uno in cui la continenza era completa: ed anche in quest'ultimo caso si era conservata parte dello sfintere e si era provocata invaginazione.

Il metodo Dieffenbach poi è troppo lungo, espone alle stenosi, e a facili fatti d'infezione, dovendosi aprire l'intestino ed esporre in certo qual modo la sua cavità infetta a contatto dell'ampia ferita.

A tutti gli altri metodi (Bardenheuer, Novaro, Hueter, Schelky) e come pure al metodo Krascke, si può fare l'obiezione di esporre facilmente alle infezioni, senza contare poi che la sutura tra porzione sfinterica e porzione centrale del retto, può alle volte gangrenare e cedere cagionando gravi inconvenienti.

Il metodo Krascke poi, e tutti gli altri della specie, se sono indispensabili per le forme di carcinomi alti e voluminosi, per la loro ampia distruzione specie a carico dei nervi sacrali, sono causa d'insufficienza dello sfintere e perciò d'incontinenza che talora può scomparire, talaltra invece persiste.

Riassumendo, noi vediamo che sia i metodi che hanno per base l'amputazione, che quelli che hanno per base la resezione non corrispondono perfettamente allo scopo di stabilire una continenza delle feci; i primi perchè con essi si crea un ano contro natura, a continenza sempre insufficiente; i secondi perchè, nonostante mirino a conservare lo sfintere naturale, la guarigione della sutura circolare dell'intestino, si complica spesso di incidenti spiacevoli. Di regola essa cede nella periferia posteriore, e se il punto è piccolo, in alcune settimane si può avere la chiusura spontanea; se però cede ampiamente, si può avere un ano preternaturale; se si gangrena tutta la sutura gli inconvenienti sono ancora più gravi.

Nel metodo ch'io ho ideato, si pratica l'amputazione dell'intestino e nello stesso tempo si conserva lo sfintere esterno, mantenendosi durante l'intervento in un campo completamente asettico, con esito finale perfetto.

Esporrò ora il caso clinico da me operato, la descrizfone del metodo, facendo seguire le considerazioni necessarie all'applicazione di esso.

L... A... in M..., d'anni 35, di Carpi.

Nulla nel gentilizio.

L'inferma è sempre stata bene; mestruò regolarmente a 14 anni, si maritò a 23 anni; ha partorito 5 volte a termine; ha abortito 7; uno dei 5 bimbi è morto di tubercolosi.

Anamnesi prossima. — Circa un anno fa, cominciò ad avere dolori nella defecazione, che sono andati aumentando di intensità fino all'epoca attuale. Ora sono pressochè continui, forti, s'irradiano al sacro; si ha premito continuo ed emissione di feci liquide e liquido sanguinolento fetido. Si sono anche avute perdite di sangue, piuttosto leggere però, e commiste a materiale mucomembranoso

Esame generale — Costituzione scheletrica regolare, muscolatura gracile, pannicolo adiposo scarso; colorito della pelle e mucose pallido; stato cachettico accentuato.

Apiressia.

Esame obbiettivo. — Niente all'esame sistematico dei vari organi ed apparati, all'infuori dell'apparato genitale e del retto.

Al momento dell'esame la paziente è gravida al quarto mese: la gravidanza procede regolarmente.

Esame rettale. — All'esplorazione rettale notasi un 5 cm. oltre l'orifizio anale, una massa infiltrante tuttattorno la parete intestinale e protrudente alquanto nel lume di essa: si estende per un'altezza di 3-4 centimetri costituendo tuttattorno all'intestino un anello rigido che restringe il lume intestinale: la sua superficie libera è fortemente ulcerata, e secerne un liquame fetido, sanguinolento.

La massa neoplastica è mobile coll'intestino, non ha cioè fatti di aderenze nè colla vagina, nè colle altre parti circostanti.

Diagnosi. — Carcinoma rettale. Gravidanza al 4° mese (1).

Preparazione dell'inferma. — Per quattro giorni consecutivi l'inferma si mantiene a dieta liquida (uova, latte, brodo); per 3 mattine di seguito gli si somministra una purga e la sera antecedente all'atto operativo vi si pratica un abbondante clistere: la mattina per tempo si da oppio per bocca.

Atto operativo. — Il 10 marzo si pratica l'intervento in narcosi eterea.

Messa l'inferma in posizione ginecologica, col bacino piuttosto sollevato, si disinfetta accuratamente la regione con tintura di iodio.

Vicino il più possibile all'orifizio anale, si pratica un'incisione tuttattorno ad esso, comprendente tutto lo spessore della cute fino al cellulare; si scolla alquanto, e mediante sutura a borsa di tabacco con robusto filo di seta si chiude ermeticamente l'orifizio anale: del filo se ne serve come punto di presa nelle manovre successive.

Si scolla dopo tuttattorno lo sfintere esterno rasentando l'intestino e appena isolato, lo si taglia direttamente in alto ed in avanti in corrispondenza del rafe ano vulvare, aprendo nello stesso tempo la vagina che è stata previamente disinfettata con ogni cautela.

Si ottiene così un ampio campo all'intervento.

Si ribattono lateralmente le due metà dello sfintere, e proseguendo per via ottusa nello scollamento del retto, s'incidono tuttattorno, previa isolamento, i fasci degli elevatori, i vasi che si incontrano (emoroidarie inferiori) e la fascia *pelvis*, spostando in basso man mano il retto per il tratto necessario all'amputazione: il peritoneo si può scollare a sufficienza senza bisogno di aprirlo.

Un due dita trasverse sopra il punto d'amputazione, si praticano 5-6 punti staccati di catgut, tra intestino ed elevatori dell'ano e ciò allo scopo d'impedire che alcuna trazione si eserciti da parte dell'intestino sulla sutura ultima che si farà tra superficie di sezione e cute con necrosi e distacco consecutivo della parte suturata: hanno inoltre lo scopo di abolire la cavità formatosi nello scollamento tra intestino e tessuti circostanti, dove potrebbesi per inevitabile gemizio formare raccolta sanguigna e perciò facile infezione.

Ciò fatto si addossano all'intestino retto le due metà dello sfintere esterno previamente allontanate, si uniscono nel punto di sezione con punti di seta, e si ricostruisce la vagina.

Si è così arrivati quasi al termine dell'operazione, senza avere contatti di sorta colla cavità intestinale, che non è stata ancora aperta. Prima di far ciò si pratica ancora una sutura a punti staccati con catgut, vicinissima al punto di sezione tra parete intestinale e tessuto sottocutaneo, indi si seziona l'intestino a tutto spessore e previa emostasi, lo si sutura con seta al margine cutaneo.

Si termina indi l'intervento introducendo un tubo di gomma lungo un 30 cm. nel lume dell'intestino, onde favorire il passaggio dei gaz; si medica accuratamente attorno con garza sterile che si mantiene a posto con benda a **T**. Il tubo non si rimuove per 8 giorni, durante i quali si compiono giornalmente le garze di medicatura, e si somministra all'inferma oppio.

(1) Il 20 febbraio si provoca l'aborto.

Dati post-operativi. — Il decorso operativo è regolarissimo; la cicatrizzazione si fa perfetta e dopo 8 giorni si può somministrare all'inferma una purga d'olio di ricino.

L'inferma è operata da 7 mesi, non mai ha avuto la minima incontinenza di feci, nè di gaz: sente il bisogno della defecazione e lo sfintere chiude a volontà l'orifizio anale.

Il suo funzionamento lo si è potuto osservare subito appena formatosi il processo di cicatrizzazione.

Nessun accenno di recidiva.

Tale è il processo ch'io ho ideato ed applicato nel caso in parola. Nell'uomo però anzichè praticare il taglio dello sfintere in avanti, lo si può praticare all'indietro verso il coccige, per avere da questa parte un campo più vasto per aggredire il tumore.

I vantaggi del metodo sono parecchi:

1° Anzitutto, come abbiam detto, permette di mantenersi fino alla fine dell'intervento, cioè durante le manovre più importanti, in un campo completamente asettico; vantaggio notevole pel buon esito finale, se si considerano i gravi inconvenienti che può portare una suppurazione di una superficie ampia e facile alla diffusione del processo infettivo.

2° Ci permette la conservazione dello sfintere e della sua innervazione, con una completa contenzione delle feci, ciò che non si ottiene coi metodi di creazione di sfinteri artificiali del Willems, Gersuny, Billroth, e nello stesso tempo ci dà un campo sufficientemente ampio all'intervento.

3° Non è complicato da suture interne, facili alle infezioni, come nei processi dell'Huerter, Bardenheuer, Novaro, ecc., aventi per base la resezione dell'intestino.

4° Dà infine una quasi perfetta *restitutio ad integrum* della regione, ciò che deve esser sempre l'ideale di ogni intervento chirurgico.

L'indicazione che esso può trovare è a preferenza nella donna, ma anche nell'uomo, e in quei casi di neoplasmi non molto avanzati, sviluppatisi a una certa distanza dallo sfintere, non infiltranti le parti vicine e che perciò conservano una certa mobilità, casi nei quali appunto l'intervento può fare sperare una guarigione completa.

LETTERATURA.

POLLOSSON. *Nouvelle méthode pour la cure radicale du cancer du rectum.* Lyon méd., 1884, t. XLVI, p. 67-75.

QUÉNU. *Du choix des procédés opératoires dans l'extirpation du cancer du rectum.* Bull. et Mém. Soc. de chir., 1897, p. 458.

WILLEMS. Centralb. für Chir., 1893. num. 19, pagina 401.

WITZEL. *Zur Indikation u. Technik der Kolostomie u. Enterostomie (rectostomia gluteális).* Centralbl. für Chir., 1894, p. 937.

RYDYGIER e BILLROTH, citati da TILLMANS in *Patologia Chirurgica,* V. II, p. 159.

GERSUNY. Centralbl. für Chir., 1893, n. 26 (*Eine Sphinkterplastik am Darm.*).

DIEFFENBACH e VOLKMANN, citati da TILLMANNS in *Patologia Chirurgica,* V. II, p. 158.

HUETER. *Die Extirpation recti mit Bildung eines musculo cutanem. Perineablappens.* Deutsch. Zeitschr für Chir., 1872, t. I, p. 485-493.

BARDENHEUR e NOVARO, citati da GIORDANO in *Manuale di Medicina Operativa,* 1894, p. 313.

SCHELKY. *Di un nuovo metodo per l'estirpazione del retto.* Berl. Klin. Woch., 1892, n. 32.

LEVY, citato da DUPLAY-RECLUS, 2ª edizione francese. V. VI, p. 869.

PRUTZ. *Bemerkungen zur Statistik der sacralen Exstirpation des Mastdarmskrebses.* Arch. für klin. Chir., 1900, t. L. X. II, p. 398-407.

Carpi, ottobre 1913.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

La chirurgia dei tumori del rachide e del midollo.

(POTEL E VEAUDEAU, *Rev. de chir.*, n. 5 e 6 del 1913).

Dopo il 1887, quando Horsley asportò per la prima volta un tumore diagnosticato da Gowers, si iniziò la storia dei tumori del racchide e del midollo, con le osservazione di Bruns, Hursperg, Oppenheim, Flatau, Hunt e Woolsey, Bariley, Krause, ecc.

I tumori del rachide possono dividersi in *tumori estravertebrali,* con invasione secondaria del rachide; *tumori vertebrali, tumori intravertebrali,* da suddividersi *in tumori intravertebrali non midollari,* ed in *tumori midollari* propriamente detti. Questi ultimi però devono essere studiati sotto un unico capitolo.

I. TUMORI VERTEBRALI.

I tumori rachimidollari sono relativamente rari. Le più frequenti sono le forme carcinomatose, poi vengono i sarcomi, gli osteomi, i mielomi, gli encondromi, i mixomi. I carcinomi sono sempre secondarii ad un cancro viscerale, il più spesso ad un cancro del seno ad evoluzione lenta (Scirri, Billroth, Potel). Le meta-

stasi rachidee in tal caso sono molto tardive (cinque, dieci, undici anni), avvengono sia nell'osso a livello del corpo vertebrale stesso, sia nelle sue vicinanze, per via sanguigna, o a tappe per via linfatica attraverso i forami di coniugazione, passando per la càtena mammaria interna ai vasi intercostali, e di qui ai vasi rachidei.

I *sarcomi* sono il più spesso primitivi; gli altri tumori, che risiedono sopratutto nella regione lombare sono spessissimo secondarii a tumori situati in tutta vicinanza. Le *cisti idatidee* nascono di preferenza a livello delle apofisi e delle lamine vertebrali, al contrario delle altre infezioni o tumori primitivi delle vertebre, che nascono nel corpo vertebrale medesimo.

I *tumori vertebrali* si manifestano con *sintomi ossei, sintomi radicolari*, e *midollari*. I primi variano molto con la sede primitiva del tumore, nella loro estensione, e nelle conseguenze sulla deformazione del rachide. La più frequente delle deformazioni è la cifosi, a grande curvatura, perchè il tumore invade d'un tratto molte vertebre; e questa si stabilisce lentamente e progressivamente, a differenza della cifosi angolare e rapida del morbo di Pott. La deformazione può mancare, come nei sarcomi anche diffusi infiltranti i corpi vertebrali, ma non manca mai e neanche in questo caso, il fenomeno della contrattura, e la immobilizzazione dei muscoli delle docce paravertebrali, su cui la pressione è molto più dolorosa che non sulle apofisi spinose, specie nei carcinomi. (Schlesinger).

I *sintomi radicolari* sono dovuti alla compressione o distruzione delle radici nervose nel loro tragitto rachideo, od all'interno del rachide, donde lesione delle radici posteriori ed anche sintomi midollari, o sintomi dovuti alla compressione delle radici anteriori. I *dolori* sono un sintoma capitale importante; sono acuti, intollerabili, lancinanti, o come sensazione di torsione, folgoranti; si hanno così dolori brachiali, intercostali, sciatici spesso bilaterali; ora partono dal rachide, ora sono indipendenti e lontani dal loro punto di origine (dolori mammarii, alle ginocchia, ai piedi). Meno frequente è l'*iperestesia cutanea o l'anestesia*. La compressione sulle radici anteriori rara e tardiva, dà paralisi uni o bilaterali, specie per i tumori cervicali, o della regione lombare (Flatau), donde la *paralisi dolorosa dei cancerosi* di Charcot.

I *sintomi midollari* evolvono in due periodi di flaccidità con abolizione dei riflessi, e di spasmo con esagerazione dei riflessi. Costanti sono le turbe sfinteriche, le trofiche eccezionali. Per lungo tempo però i *dolori* possono essere il solo sintoma della malattia.

La durata media dell'evoluzione è di un anno

Devesi ricordare la possibilità delle paraplegie brusche, per compressione brusca del midollo da infossamento di vertebre, subdolamente minate dal neoplasma; o per lesioni di mielite acuta trasversa (Nonne, Frich, Bliss), o senza lesioni macro e microscopicamente apprezzabili. (Bruns).

Sopra i detti sintomi si fonderà *la diagnosi*. Nel cercare di far questa occorre pensare ad altre affezioni che possono aver sintomi analoghi. Per il morbo di Pott, la saglienza delle vertebre è acuminata, e non a grande curvatura, il dolore alla pressione è costante; lo stato generale o di varii organi viscerali faranno rilevare lesioni specifiche tubercolari concomitanti.

Il miglior sintoma differenziale è dato dalla acutezza, persistenza, estensione progressiva dei dolori radicolari, affatto tenaci.

La *puntura lombare* in questi tumori, così pure la *radioscopia* e la *radiografia* non dànno risultati apprezzabili e bene utilizzabili.

CURA. — Dall'esame delle varie statistiche riportate risulta che gli interventi per cancro vertebrale non sono consigliabili, perchè la lesione è secondaria, l'emorragia è imponente, l'intervento è buona invece per le cisti idatidee, gli scadenza. Quindi cura medica (morfina, arsenico, estratto di tiroide), o per i dolori sezione delle radici posteriori. La prognosi dell'intervento è buona invece per le cisti idatidee, gli osteomi, gli endoteliomi, e discreta per i sarcomi (6 % di guarigione o di miglioramento notevole. Hirsberg, 1908).

Quale *tecnica* seguire nell'operazione? Il chirurgo si trova in presenza di due casi differenti: un *sarcoma*, o *cisti idatidea*. Nel primo caso, dopo incisione verticale dei tegumenti, si cade sur una massa friabile, semi-molle, ricchissima in vasi, circondata o no da una leggera capsula molto vascolarizzata, facilmente sanguinante; con una curette e con le forbici senza tamponare o pinzettare i vasi, si asporta la tumefazione fino a giungere alle apofisi spinose ed alle lamine erose, distrutte in parte, che vengono asportate in frammenti. Quindi si tampona per arrestare l'emorrragia, a nappo, vi si lascia un tampone, e vi si suturano sopra con catgut, i muscoli e la cute con crine di Firenze, lasciando in basso lo spazio necessario a ritirare in terza giornata il tampone. Se il tumore ha invaso la dura madre, questa verrà asportata per la parte affetta e si procederà come per i tumori intrarachidei, che vedremo in seguito. Nell'asportazione a causa delle recidive, occorre essere larghi.

Le *cisti idatidee* presentano minori difficoltà operatorie, perchè sono incapsulate, e non hanno tendenza ad estendersi, non intaccano la dura madre, nè l'involucro fibroso delle radici posteriori vi aderisce.

II. TUMORI ESTRAVERTEBRALI

Sono quelli che nati in vicinanza della colonna, invadono secondariamente rachide e midollo. Vengono in quest'ordine: sarcomi, carcinomi, echinococco, fibromi, condromi, angiolipomi. Il punto di partenza più frequente è il mediastino, vengono poi la base del collo, del tronco, il plesso brachiale, il seno. La faccia anteriore del rachide è quella che viene per prima in contatto con questi tumori, i quali o penetrano per i forami di coniugazione o per effrazione, dopo avere distrutto le vertebre. Nel primo caso, il più frequente, essi inviano come un peduncolo nello speco, e quivi o aderiscono alla dura madre, che generalmente rispettano, ovvero eccezionalmente la distruggono. I tumori estravertebrali, a differenza dei vertebrali, lasciano quasi sempre il rachide, completamente intatto, senza deformazione alcuna. Essi presentano rapporti differenti colle radici spinali e col midollo. Vi sono casi nei quali il tumore è a contatto del rachide, senza esservi penetrato e comprime i nervi ed i plessi nervosi periferici; donde dolori vivi, persistenti, continui, ribelli agli analgesici, turbe sensitive innanzi tutto, parestesie, o dolori continui con crisi parossistiche, a sede varia, a cintura, od a distanza dalla lesione iniziale, diffusi o limitati anche ad un solo nervo; donde in secondo tempo atrofie muscolari con impotenza progressiva degli arti.

Vi sono casi, nei quali il tumore, per i forami di coniugazione o per distruzione di vertebre, penetra nello speco vertebrale, attacca la dura madre, e comprime il midollo. In tali forme compare la *sindrome* midollare con le relative turbe motorie, sensitive, riflesse, sfinteriche, descritte sopra; donde diplegie, o paraplegie con o senza sintomi palpebrali e pupillari secondo la sede della compressione del midollo.

I dolori costanti e tipici precedono anche di varii anni l'apparizione dei fenomeni midollari. Quelli hanno lunga durata, questi brevissima, da pochi mesi a poche settimane. Vi sono casi in cui la prima fase manca, ed in cui i sintomi midollari appaiono subitamente in piena salute apparente; in alcuni di questi casi il midollo è intatto, in altri la compressione ha tardato a manifestarsi, in altri (i più frequenti) si ha al microscopio una degenerazone trasversa acuta analoga ad una mielite acuta, tossica (tossine cancerose). Occorre infine ricordare i casi, nei quali il midollo non fu trovato compresso alla autopsia pur essendosi constatati sintomi midollari in vita, ed il tumore era distante dal midollo.

CURA. — Gli interventi per tumori extravertebrali sono varî, e subordinati alla sede del tumore primitivo, che è variabile. Non si deve intervenire nei sarcomi mediastinici. I tumori della regione dorsale (fibrosarcomi), secondariamente intrarachidei sono asportabili e con successo. I sarcomi globo-cellulari sono più difficili ad asportarsi perchè molto sanguinanti, per possibili lesioni di varie vertebre, delle meningi, e del midollo stesso. Sono asportabili le cisti idatidee.

Concludendo: 1. In un malato con tumore in vicinanza del rachide, sia alla sua faccia anteriore, sia alla sua faccia posteriore, l'apparizione di sintomi nervosi periferici, sensitivi motorii, persistenti e tenaci, farà pensare alla probabilità di una evoluzione, verso il rachide. La apparizione di turbe midollari indicherà invasione del canale rachideo, od almeno compressione del midollo.

2. In tutti i casi di tumori nati alla faccia posteriore del rachide, l'intervento si impone, qualunque sia la natura del tumore.

3. Per i tumori nati alla faccia anteriore, la condotta varia con gli organi attaccati, i rapporti del neoplasma.

III. TUMORI INTRARACHIDEI (non midollari).

Sono i piu numerosi, i più importanti, i più *chirurgici*, ed i più frequenti fra tutti quelli che attaccano il rachide, ed il suo contenuto.

Circa la loro natura vengono in quest'ordine: primi fra tutti i sarcomi, quindi gli endoteliomi, i psammoni, le cisti dermoidi, gli angiomi, i linfangioni, le cisti idatidee, i carcinomi. Cisti idatidee e carcinomi sono affatto secondarii. Più frequenti di tutti i sarcomi in tutte le loro varietà (globo e fusocellulari, mixo e angiosarcomi). Sede di predilezione loro è il midollo dorsale, sono ovoidali, coll'asse loro paralello a quello del midollo, di 2-5 centimetri di lunghezza, per 1-2 di larghezza. Sono *unici;* sono *isolati* e *isolabili* dai tessuti circostanti. Nascono dalla dura madre, o dalla pia e dall'aracnoide. Se sono fuori della dura madre, basta la semplice laminectomia, se dentro la dura madre sono molto aumentati i pericoli di una meningite. Che nascano dentro o fuori la dura madre, questi tumori nascono con predilezione alla sua faccia postero-laterale o del midollo qualunque sia la loro natura, e quindi successivamente comprimono le radici posteriori, le anteriori, e poi la metà corrispondente del midollo. Le lesioni del midollo sono tutte da causa meccanica, non di natura infiammatoria, e quindi possibilità di completa *restitutio ad integrum* della sua funzione dopo l'ablazione del tumore, e quindi spesso lesioni istologiche nulle pur essendovi compressione profonda del midollo talvolta.

Sintomi. — Vi ha un primo periodo di compressione delle radici dapprima posteriori e poi delle anteriori (periodo dei sintomi radicolari,

dolori nevralgici, crampi, iperstesie). 2° periodo: compressione di metà del midollo, sindrome di Brown-Séquard. 3° periodo: compressione totale del midollo e delle radici con sintomi di sezione completa trasversale del midollo.

Il più costante dei sintomi è il *dolore*, che è spessissimo di una intensità spaventosa, e con esarcebazioni parossistiche al minimo movimento, con la tosse, lo starnuto, il cambiar di posizione, il parlare. Esso ha sede negli ipocondri con irradiazioni a cintura, lungo determinati nervi, o a distanza donde errori diagnostici (nevralgie, reumatismo, angine di petto, appendiciti, nevriti, gastralgie). I dolori hanno disposizione radicolare, e ciò è importante come sintoma di compressione e di localizzazione, ovvero sono distali senza alcun rapporto col punto compresso. Dapprima unilaterali, divengono poi bilaterali, e compaiono uno o più anni prima dei sintomi motori. Vi possono essere turbe della sensibilità obbiettiva, zone di ipoestesia a tipo segmentario, sormontate da zone di iperestesia.

Baily ritiene che l'anestesia sia un sintoma importante e necessario. Col progredire in dimensioni i tumori endorachidei comprimono prima o poi, o irritano le radici anteriori, donde i *sintomi radicolo-segmentarii motori* (contrazioni permanenti o passeggere, spasmi, tremori, atrofie muscolari). I segni motori possono rarissimamente procedere i sensitivi quando il tumore ha preso origine dalla faccia antero-laterale del midollo. In tal caso comprimendo una metà del midollo il tumore può dare origine alla sindrome Brown-Séquard, ma questa sindrome può pure mancare, ovvero esistere senza che il tumore comprima il midollo. L'evoluzione trasversale del tumore conduce al III stadio della malattia: la sezione fisiologica del midollo in senso orizzontale. La paraplegia precede le turbe sensitive, e, tolto l'ostacolo, le turbe motorie scompariscono per ultime. Le turbe motorie possono aggravarsi lentamente, o rapidamente dalla sera al mattino. Si ha paraplegia spastica, con riflessi esagerati, con presenza del Babinsky; più tardi la paraplegia si fa flaccida, con riflessi aboliti ed i muscoli perdono la loro reazione elettrica. Le turbe della sensibilità non portano mai alla completa abolizione della medesima in tutti i suoi modi, e la sensibilità sopravvive lungo tempo alla motilità. Quando i tumori sono situati molto in basso compaiono infine le turbe sfinteriche: disuria, costipazione e poi incontinenza di feci e di urine.

Quali sono ora i sintomi a carico del rachide? Vi può essere *rigidità del rachide*, dolore alla pressione e percussione di determinate vertebre. Ma tolti i dolori, tutti gli altri sintomi soprariCiò che è importante a conoscere si è che i sintomi si succedono quasi sempre in quest'ordine: dolri tenaci, di lunga durata, uni o bilaterali; poi la sindrome di Brown-Séquard spesso abbozzata; poi la paraplegia dapprima spastica e quindi flaccida; infine le turbe sfinteriche e trofiche. La durata della malattia può essere di pochi giorni fino a varii anni, seconda la natura anatomica del tumore, e le eventuali complicazioni.

I *tumori midollari*, cioè quelli che nascono nel midollo stesso, restano limitati all'asse spinale senza tendenza ad invadere i tessuti circostanti, meningi o rachide. Sono vari e più frequenti nell'uomo, fra i 25 ed i 45 anni. Per ordine di frequenza si hanno le seguenti forme anatomiche: gliomi, gliosarcomi, sarcòmi, endoteliomi, neurofibromi, neuro-epiteliomi. Occupano a preferenza il midollo dorsale, poi il cervicale, raramente le altre sezioni. In tutti i casi il rachide rimane intatto. Il più spesso restano intatte anche le meningi, progredendo il tumore in altezza piuttosto che in larghezza. I sarcomi però possono invaderle dopo di avere distrutto progressivamente gli elementi tutti del midollo. I sarcomi fusocellulari ed i fibromi invece si sviluppano eccentricamente, sospingendo il tessuto nervoso senza distruggerlo. Tumori della medesima natura possono dare lesioni assolutamente differenti: le une limitate ed enucleabili riavvicinantisi ai tumori connettivali del tipo adulto, le altre infiltranti e distruggenti progressivamente il midollo.

I tumori gliomatosi *si sostituiscono al midollo*, il più spesso a livello delle corna posteriori prendono origine, poi invadono i cordoni posteriori, e quindi distruggono tutto *un piano midollare*. I tumori connettivali sono di dimensioni ridotte.

La presenza dei tumori intramidollari si manifesta al chirurgo in maniera evidente:

1° per l'aumento di volume del midollo;

2° per l'assenza di pulsazione del medesimo.

Quasi sempre il tumore è unico.

I gliomi progrediscono rapidamente; hanno un decorso meno rapido i gliosarcomi, e meno ancora i sarcomi fuso-cellulari; poi gli altri.

Dunque: i tumori midollari sono unici, restano midollari, non dànno metastasi. Sono non enucleabili, distruttivi, estesi, ad evoluzione rapida nel 48 per cento dei casi (gliomi, gliosarcomi, sarcomi globocellulari); sono enucleabili, poco estesi, indipendenti dal midollo, ad evoluzione lenta nel 52 per cento dei casi (sarcomi fuso-cellulari, fibromi, gliosarcomi, cisti idatidee). All'esame esterno del midollo, si manifestano in modo quasi costante al chirurgo, perchè il midollo si presenta aumentato di volume senza pulsazione e modificato di aspetto.

G. QUARTA.

MEDICINA.

Ulteriori osservazioni sulle affezioni luetiche e post-luetiche del rene.

(BAUER e HABETIN. *Wien. klin. Woch.*, 1913, n. 27).

Accade non troppo di rado al clinico di osservare forme morbose nelle quali pare giustificatissimo ammettere un rapporto fra malattia renale e pregressa infezione luetica; e ciò quantunque in anatomia patologica – fatta, si intende, astrazione per i casi di gomme — la sifilide renale sia, si può dire, sconosciuta.

La reazione di Wassermann può, nello studio di questi rapporti, riuscire di aiuto. Il Bauer invero, in una precedente pubblicazione, ha posto in evidenza che in casi di malattie renali assai raramente si riscontra reazione di Wassermann positiva; esclusi, naturalmente, i casi nei quali la lesione renale è secondaria ad alterazioni luetiche di altri organi (endoarterite sifilitica con consecutivo rene da stasi, ecc.). Ma d'altra parte lo stesso autore ha, tra i numerosissimi infermi da lui esaminati, riscontrati tre casi a complesso sintomatico analogo, nei quali, oltre alla lues, non risultava alcun altro fattore etiologico di malattie renali.

Il quadro morboso presentava, in questi casi, i seguenti caratteri: albuminuria di alto grado, con tendenza a poliuria; peso specifico delle orine basso; scarso sedimento; assenza delle modificazioni vasali caratteristiche della nefrite, e quindi pressione sanguigna bassa; malgrado l'albuminuria durasse da anni, assenza di disturbi subbiettivi, non sintomi uremici. Fenomeni morbosi gravi (anasarca) si manifestarono solo assai tardivamente, e mostrarono tendenza a regredire, sia spontaneamente, sia in seguito a cura antiluetica. La reazione di Wassermann nel siero di sangue era sempre fortemente positiva. Bauer e Hirsch, trovarono in casi analoghi, anche sieroreazione positiva adoperando la globulina contenuta nell'albumina delle orine.

Queste indagini cliniche e sierologiche porterebbero dunque a concludere per la esistenza di affezioni renali croniche di origine luetica. Una ipotesi questa a conferma della quale parlano vari casi che gli AA. hanno recentemente osservato.

In tre pazienti infatti la malattia renale postluetica mostrò i caratteri clinici suddescritti, corrispondenti al quadro morboso che Dieulafoy chiama albuminuria sifilitica o sifilobrightismo; malgrado la intensa albuminuria non si produssero alterazioni a carico dell'apparato circolatorio; il decorso dell'affezione fu lento; i sintomi uremici mostrarono tendenza a regredire.

In altri due soggetti invece si ebbero fenomeni eclatanti di origine renale nel periodo secondario dell'infezione luetica, e cioè: albuminuria di alto grado, ematuria, oliguria, edemi, cefalea, vomito; insomma tutto il quadro di una grave nefrite acuta emorragica con uremia. I due casi ebbero decorso differente: nel primo infatti si ebbe, nel breve periodo di 10 giorni, la scomparsa completa dell'albuminuria e dei sintomi uremici; nel secondo invece la malattia passò allo stato subcronico.

In un sesto infermo il decorso complessivo dell'affezione fu il seguente: nel periodo secondario dell'infezione sifilitica si manifestò una nefrite acuta emorragica a decorso favorevole; dieci anni dopo si riscontrò un quadro morboso corrispondente a quello dei primi tre casi suddescritti (albuminuria notevole, sistema cardiovascolare integro), accanto ad una affezione luetica del fegato. Secondo gli AA. si tratterebbe qui di amiloidosi generale di origine sifilitica; e il caso in discorso dimostrerebbe come la nefrite acuta luetica possa condurre, dopo molti anni, alla degenerazione amiloide.

In complesso gli AA. credono ormai dimostrato che, quantunque raramente, la sifilide possa determinare nefriti acute emorragiche con sintomi di uremia. Tale nefrite acuta può guarire rapidamente, anche senza che si sia ricorso ad una cura specifica; ma può passare allo stato subcronico o cronico; e può anche, dopo molti anni, dare origine all'amiloidosi sifilitica o al sifilobrightismo. Però questi ultimi esiti possono aversi anche senza che siano stati constatati dal medico o notati dal paziente i segni della pregressa nefrite acuta.

In tutti i sei casi descritti dagli AA. la reazione di Wassermann era fortemente positiva; e positiva fu anche nella soluzione della globulina estratta dall'albumina dell'orina. Reazione pos i tiva si ebbe anche, in tre casi su cinque esaminati, esperimentando con l'orina.

La flogosi renale può venire attribuita alle tossine o ai batteri. Hoffmann, in due casi di nefrite sifilitica acuta precoce, ha riscontrato nell'orina la presenza di spirocheti in quantità abbondante; deve quindi ammettersi che, in questi casi, si trattasse veramente di una infezione renale.

La ipotesi tossica appare invece più probabile per i casi di amiloidosi senza pregressi segni di affezione acuta del rene. Naturalmente nei casi del primo gruppo sarà giusto attendersi un esito favorevole dalla terapia antiluetica.

Per quanto riguarda la reazione di Wassermann nelle orine, gli AA. ritengono che essa dipenda dal passaggio nelle orine della sieroglobulina; dal punto di vista diagnostico essa non permette quindi altre conclusioni che quelle fornite dalla sierodiagnosi del sangue. Tuttavia, oltre all'interesse teorico, essa offre anche un interesse pratico, giacchè permette di stabilire la diagnosi di pregressa infezione luetica anche quando il paziente rifiuta di sottoporsi alla puntura, o quando è opportuno di non destare nell'infermo alcun sospetto intorno alla origine sifilitica della sua malattia.

V. FORLÌ.

OSTETRICIA.

Sulla etiologia e terapia della mastite puerperale.

(Dott. NOHL. *Medizinische Klinik*, 46, 17 novembre 1912).

Data la grande frequenza della mastite puerperale, che spesso finisce con esaurire le forze della madre, e influisce enormemente, per causa dello svezzamento precoce, sulla salute del neonato, sono di un interesse speciale le nuove vedute di Schiller sulla etiologia e la cura di questa malattia.

Secondo lui è sbagliata la teoria della distinzione di una mastite da stasi semplice, e di una altra forma di mastite flemmonosa, che prenderebbe la sua origine dalle ragadi del capezzolo.

Secondo Schiller ogni mastite incomincia come mastite da stasi, e come conferma pratica alla sua opinione valgano i suoi successi terapeutici.

Prendendo origine dalle ragadi la infezione dovrebbe essere cutanea, sottocutanea o interstiziale, mentre la mastite comincia come infezione parenchimatosa ed è molto raro l'ascesso premammario sottocutaneo.

La mastite rimane per molto tempo strettamente localizzata e si limita, per lo più, a un solo lobo glandolare. Si verifica anche in casi dove non esistono ragadi e difficilmente ha esito in piemia.

Schiller trova una certa analogia tra la mastite e le infiammazioni da stasi come quelle della cistifellea, del rene, della vescica e delle glandole sebacee.

I microorganismi, che vivono saprofiti nei dotti galattoferi, diventerebbero patogeni nel buon terreno di cultura del latte in stasi. La presenza delle ragadi, causando forti dolori, impedirebbe il completo svuotamento della mammella durante l'atto della suzione, e ciò potrebbe spiegare la frequente coincidenza delle ragadi colla mastite.

Ogni semplice mastite da stasi può essere il principio di un flemmone, mentre gli acini, senza della suzione, si riempiono e possono suppurare.

Dopo lo svezzamento può ammalarsi anche la mammella ancora sana ed allora si ha la mastite bilaterale.

La febbre avrebbe una importanza relativa e spesso si ha un decorso benigno anche nelle mastiti principianti con una febbre a 40°. Secondo Schiller resta a decidere se la febbre è un fatto asettico e da riassorbimento o tossinfettivo.

Oltre della stasi la mastite potrebbe avere altre cause.

I germi, portati sul capezzolo colle dita della puerpera o con la bocca del neonato, e penetrati nei dotti galattoferi, potrebbero causare una infiammazione parenchimatosa. Ma Schiller non fa cenno alcuno a queste altre probabili cause.

Lui consiglia una energica profilassi della mastite, che fa consistere principalmente nella cura delle ragadi e nella regolarizzazione delle poppate, e l'intervallo fra le medesime deve essere di 4 ore. Il bambino viene attaccato alternativamente ad ogni mammella, le quali così vengono vuotate 5 volte nelle 48 ore.

Per la cura delle ragadi si adopera il seguente unguento: Acido borico 5,0, ossido di zinco 10,0, naftalan e lanolina aa 25,0.

Ogni volta prima della poppata si pulisce il capezzolo con ovatta bagnata di olio. Con questo trattamento le ragadi guariscono in 2–3 giorni e raramente si ha il bisogno di ricorrere ad anestesici come l'ortoformio o altri, i quali. benchè calmino il dolore, contribuiscono così poco alla cura, quanto la glicerina tannica o il nitrato di argento. Talvolta bisogna ricorrere al capezzolo artificiale il quale, però, non permette uno svuotamento completo della mammella.

Schiller non consente mai allo svezzamento a causa di ragadi, perchè uno svuotamento completo è uno dei fattori principali della cura.

Quando per una ragione qualsiasi la suzione è debole si sottrae il latte con tiralatte.

Almeno 3 volte nelle 24 ore la mammella affetta deve essere svuotata completamente. Negli intervalli è utile di fare delle compresse di alcool a 50 gradi dopo averla unta con una sostanza grassa e tenerla, sotto una giusta compressione ed in sospensione di guisa che il capezzolo rimanga nel centro della mammella. E' indispensabile il riposo a letto.

Il latte della mammella affetta non nuoce al neonato.

Se anche dopo un tale trattamento si verifica un esito in suppurazione, che succede molto di rado, e se l'ascesso è piccolo e la incisione lontana dal capezzolo, si può seguitare l' allattamento colla mammella infetta e si deve seguitarlo con quella sana. *La suzione sarebbe molto utile nel senso di Bier, perchè serve a provocare l'iperemia attiva*, la quale si verifica in ambedue le mammelle anche allattando con una sola.

In alcuni casi l' ascesso si riassorbe sotto l' influenza della terapia alla Bier; però, nei casi dove tende ad estendersi, Schiller, assieme con altri clinici, come Ablfeld, Biederl, Lejars e Tillmanns, sono del parere, che bisogna fare una vasta incisione con drenaggio, e non una semplice puntura.

Ed anche se non fosse la causa unica, la stasi è una delle cause e delle complicazioni principali della mastite. Bisogna combatterla con questa terapia efficace, che se non risolve da sola permette un intervento conservatore e salva la mammella.

L'autore ha avuto occasione di sperimentare il metodo di cura proposto da Schiller, in un caso gravissimo di mastite puerperale ed ha ottenuto risultati sorprendenti.

Attaccando regolarmente il bambino, la secrezione lattea persiste regolare malgrado la sospensione e la compressione.

Contro il dolore sono indicate le applicazioni calde.

Dott. OLGA RESNEVIC.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Pancreatite da orecchioni

per il dott. ANTONIO ALLEGRI.

La pancreatite da orecchioni, messa in evidenza da osservazioni affatto recenti, fu dapprima negata; ma dopo che Klippel, poi Carnot ebbero dimostrato che le tossine degli agenti infettivi possono (come avviene nella difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, ecc.), dare, a carico del pancreas, alterazioni parenchimatose o interstiziali, analoghe a quelle che dànno a carico di altri organi: fegato, reni ecc., fu ammesso che anche il virus degli orecchioni potesse dare una forma di pancreatite.

La letteratura in proposito però è ancora assai scarsa.

Nulla si trova nei trattati classici o appena qualche sfuggevole accenno.

Le prime comunicazioni furono fatte da Cucke nel 1897, che ne raccolse 20 casi, i quali però non sono tutti ben chiari e netti. A queste seguirono, in scarsa proporzione, quelle di Priestley con 2 casi, Jacob con un caso, Le Gendre con un caso, ed altri.

Nel 1903 Simonin illustrò un interessante contributo di 10 casi e Galli, in una bella pubblicazione, espose quattro osservazioni fatte in bambini nel 1904.

Durante un'epidemia di orecchioni svoltasi dal novembre 1911 all'aprile 1912, io ebbi occasione di osservare 4 casi, che per il loro interessante quadro clinico, attirarono la mia attenzione e mi fecero fortemente dubitare di trovarmi di fronte o complicazioni svolgentisi a carico del pancreas.

Credo quindi opportuno portarli a conoscenza e trarne qualche considerazione.

1° CASO. — Il 22 dicembre visito il bambino G... L... di anni 9, che trovo febbricitante, senza alcuna localizzazione atta a spiegare la temperatura piuttosto elevata 39°. 7. Essendo state pochi giorni appresso due sorelle dell'infermo affette da orecchioni, non esito ad esprimere alla famiglia la quasi certezza che si tratti della stessa infezione. Il giorno seguente però, vengo chiamato con premura, perchè il malato presenta sintomi inquietanti e tali che nelle sorelle non si erano riscontrati. Noto la tumefazione della parotide destra; il piccolo paziente accusa un forte dolore all'epigastrio ed ha singhiozzo, vomito

e diarrea, con ventre lievemente meteorico. Il dolore si esacerba alla pressione, ma non si può accertare se si estenda al restante addome, perchè il soggetto non si presta. La lingua non è patinosa, l'alito non è cattivo; le scariche alvine sono sierose e poco fetenti. Il 24 noto la tumefazione della parotide sinistra e la permanenza degli stessi sintomi che si protraggono ancora pel 25. Il 26 il malato migliora e al 27 il dolore e il vomito scompaiono; il 28 cedono anche la febbre e la diarrea e il piccolo infermo chiede cibo con insistenza.

L'esame delle urine non diede mai alcuna traccia nè di zucchero nè di albumina.

2° CASO. — C... S... di anni 21, colono. Vedo il malato il 3 gennaio 1912. Ha due grosse tumefazioni alle parotidi con modica febbre 38°. Il giorno 5 con qualche brivido, la febbre sale a 39°.6, e l'infermo vien preso da vomito preceduto da conati e susseguito da senso di nausea. Egli accusa una sensazione dolorosa, ottusa, continua, localizzata profondamente alla regione epigastrica ed esacerbantesi alla pressione. Non ha lingua impaniata, nè bocca amara, nè alito cattivo. Vi è diarrea con scariche sierose, senza muco, senza dolori intestinali e quasi prive di fetore. Notevole è la depressione delle forze. Nei giorni 6 e 7 permangono gli stessi sintomi e compare anche l'ittero ben visibile alle congiuntive. L'8 e il 9 si nota un progressivo miglioramento con la scomparsa prima del vomito, poi del dolore e della febbre.

Il 10 cessa anche la diarrea e non resta che la tinta itterica tendente a dileguarsi.

Il 12 poi il paziente viene ancora preso da un forte accesso febbrile con dolore e tumefazione del testicolo destro; si apre così il quadro dell'orchite da orecchioni che si protrae per circa una settimana, dopo la quale avviene la guarigione definitiva.

Nelle urine non si rilevò mai nè zucchero nè albumina; evidentissimi i pigmenti biliari.

3° CASO. — S... R... di anni 25. Donna sana e robusta; ha partorito da circa tre mesi e allatta. Il 7 gennaio mi dice che è stata affetta da orecchioni di cui si vede ancora qualche residuo di turgore parotideo. Al presente ha visto ritornare la febbre (38°) e tumefarsi considerevolmente ambedue le mammelle, che si presentano turgide e consistenti oltre l'usato, con pelle liscia, lucente e bianca, senza alcuna traccia delle comuni infezioni della glandula mammaria soggetta all'allattamento. È la mastite da orecchioni, per la quale la paziente si mostra preoccupata, temendo che venga a mancare o in altra guisa alterarsi, la secrezione lattea. Dopo tre giorni circa la mastite scompare senza lasciare alcuna traccia sia nella quantità, sia nella qualità del latte; anche il poppante non diede alcun segno di disturbi gastro-intestinali. Il giorno 13 la donna, che aveva già ripreso le sue ordinarie occupazioni, vien colta da febbre (38°.6) accompagnata da malessere generale, nausea e vomito.

Accusa grande depressione delle forze e lieve dolorabilità alla regione epigastrica che aumenta alla palpazione profonda. Non ha alcun sapore cattivo in bocca, la lingua è tersa, l'alito buono. Ha diarrea con scariche sierose non frequenti e senza dolori, con feci giallo-chiare e non molto fetenti. Questi sintomi si protraggono fino al 16 nel qual giorno si nota la scomparsa del dolore e del vomito, a cui nel 17 segue quello della febbre e della diarrea. Il 19 la paziente lascia il letto.

L'esame delle urine fu sempre negativo.

4° CASO. — B... F... di anni 28, colono. Visito il malato il 5 febbraio 1912; ha febbre elevata e presenta tumefazione e dolore al testicolo destro. Mi narra che da qualche giorno era affetto da orecchioni con piccola febbre e che per necessità delle sue occupazioni non aveva potuto tenere il dovuto riguardo. L'orchite fa il suo decorso regolare e in una settimana circa si dilegua. Ma il 14 il paziente vien preso da un forte accesso febbrile accompagnato da dolore epigastrico, singhiozzo, nausea, vomito. Vi è diarrea con scariche sierose senza dolori intestinali e con feci giallastre. L'addome è alquanto meteorico, trattabilissimo ad eccezione della regione epigastrica. Il 15 permangono gli stessi sintomi e compare l'ittero; il malato si mostra alquanto depresso.

Questo stato permane il 16 il 17 e il 18, nei quali giorni si nota anche che le feci sono divenute bianco-terrose. Il 19 si ha un sensibile miglioramento, che progredisce fino al 21, in cui ogni fenomeno scompare, restando solo un certo grado d'itterizia.

L'urina fu sempre normale se si eccettua la presenza di pigmenti biliari.

Lo svolgersi tumultuario della sintomatologia di questi casi, che venivano osservati fra numerossimi altri, decorrenti nel modo più semplice, senza alcuno dei fenomeni accennati, doveva, ripeto, far pensare a qualche complicazione, ed era logico sulla scorta di recenti studi e osservazioni, riferirsi alla possibilità che questa si esplicasse a carico del pancreas.

A tale scopo giova qui riportare la chiara classificazione che il Deguy fa dei numerosi sintomi che accompagnano la pancreatite acuta da infezione.

Egli così li distingue:

a) Sintomi glandulari: glicosuria, poliuria, polifagia, stearrea, dimagramento rapido.

b) Sintomi infettivi: febbre, albuminuria, depressione delle forze, sudori freddi.

c) Sintomi di vicinanza: dolore epigastrico, nausea, vomito, singhiozzo, diarrea, timpanismo, ittero.

Ed asserisce che i sintomi di quest'ultima categoria sono quelli che clinicamente caratterizzano la *pancreatite benigna.*

Ora, quali di codesti sintomi si riscontrano nei casi esposti?

Evidentemente alcuni dei sintomi infettivi non mancarono; così la febbre e la depressione delle forze furono sempre presenti.

Dei sintomi di vicinanza poi nessuno mancò. Così il *dolore* fu sempre costante e segnò insieme alla febbre l'inizio della complicazione. Esso fu sempre spontaneo con esacerbazione alla pressione e localizzato profondamente fra l'appendice xifoide e l'ombellico, un po' a sinistra. Non lo trovai mai diffuso alla regione addominale, nè dorsale, nè lombare, come da altri è stato notato. Il *vomito* e la *nausea* non fecero mai difetto. Il vomito fu alle volte impressionante, sia per la frequenza, sia per la durata; fu ad ogni ripresa preceduto da senso di nausea e da conati che spesso si protraevano anche dopo l'emissione del contenuto gastrico; vennero emesse prima le sostanze ingerite, indi sostanze acquose colorate da bile. La *diarrea* non mancò mai e si presentò sempre con scariche sierose, profuse non accompagnate da dolori intestinali nè da muco, nè dallo speciale fetore di sostanze in preda a fermentazioni anormali. L'*ittero* presente in due casi fu ben evidente ma non molto accentuato e di breve durata. Il *singhiozzo* e il *timpanismo* presenti in due casi ma in maniera fugace.

Quale l'interpretazione di questi sintomi? A prima vista vien fatto di pensare che siano i sintomi di una gastroenterite acuta; l'ipotesi però non regge, perchè, se ciò fosse, essi dovrebbero essere legati ad altri fatti come lingua impatinata, bocca amara, alito fetido, scariche diarroiche mucose e fetenti, accompagnate da dolori intestinali con sede a preferenza nella regione periombelicale; ma questi segni per quanto diligentemente ricercati non furono mai presenti; si deve quindi escludere che si tratti di una lesione diretta del tubo gastroenterico.

L'ipotesi più logica e più conforme al vero è quella avanzata da Simonin, il quale ritiene che questi sintomi di vicinanza siano dovuti alla tumefazione del pancreas e alla conseguente pressione che viene ad esercitare sul plesso solare e sui gangli semilunari.

È chiaro infatti come tale compressione debba provocare il *dolore epigastrico* e come il *singhiozzo* e il *vomito* possano determinarsi per la via delle numerose anastomosi che il plesso solare e i gangli semilunari hanno con gli splancnici, coi pneumogastrici e coi frenici.

La *diarrea* è forse, più particolarmente, dovuta all'eccitazione del plesso mesenterico superiore, emanazione del plesso solare, che manda i suoi estremi filamenti, allacciati all'arteria mesenterica superiore, fino al plesso di Auerbach, sito fra le fibre muscolari dell'intestino e a quello di Meissner, sito nello strato sottomucoso; i quali plessi rappresentano la innervazione motrice dell'intestino. Questa eccitazione provoca un forte aumento della peristalsi intestinale e con essa il tipo di diarrea puramente *secretoria* riscontrata nei casi esposti.

L'*ittero* infine trova anch'esso la sua spiegazione in una causa nettamente meccanica. È noto infatti come il coledoco, venendo a contatto della testa del pancreas, trovi in essa una doccia, che sovente è anche trasformata in canale completo, in cui s'interna per sboccare poi, col dotto pancreatico, nell'ampolla di Vater. Ora, è facile comprendere come, specialmente se la tumefazione del pancreas è considerevole, il coledoco possa venire transitoriamente compresso fino all'occlusione e impedire così il regolare deflusso della bile, determinando la comparsa dell'ittero.

Riassumendo adunque si deve constatare che nei casi riferiti non mancano nè i sintomi infettivi, nè i sintomi di vicinanza, nè la causa capace di determinarli, per cui è molto probabile che qui si tratti realmente di quella forma di *pancreatite benigna* a cui accenna il Deguy.

Nè vale ad infirmare questa diagnosi l'assenza assoluta dei sintomi glandulari quali la poliuria, la glicosuria, la steatorrea, ecc., perchè questa assenza trova la sua ragion d'essere nel genere della lesione anatomo-patologica che il virus degli orecchioni porta nelle glandole

colpite. Noi sappiamo, che le alterazioni da esso prodotte, ad esempio, nella parotide, sono sempre a carico del solo tessuto interstiziale, che diviene edematoso e porta alla caratteristica tumefazione della glandula, mentre non attacca mai gli elementi cellulari, la cui secrezione salivare non viene in alcuna guisa alterata. Così abbiamo visto avvenire anche (3° caso) per la glandula mammaria, che non diede durante il periodo della tumefazione alcuna alterazione apprezzabile della secrezione lattea. È logico quindi ritenere che altrettanto debba accadere del pancreas, che anatomicamente e fisiologicamente presenta la più grande analogia con la parotide, tanto da essere chiamato dai tedeschi parotide addominale.

Ammesso adunque che anche nella pancreatite la lesione resti localizzata al tessuto interacinoso, lasciando integro il parenchima, è chiaro come venga a mancare ogni base per ammettere l'esistenza di sintomi glandulari. D'altra parte la presenza di tali sintomi verrebbe a togliere a questa forma di pancreatite quel carattere di benignità che la distingue e che le fu costantemente riconosciuta dagli osservatori che la illustrarono quali Jacob, Le Gendre, Simonin, ecc.

A complemento di questa breve nota dirò, che riguardo alla *frequenza* della pancreatite da orecchioni gli autori sono molto discordi. Così mentre Simonin dà l'1.5 %, Cuke l'avrebbe riscontrata 20 volte su 26 casi. Io trovai i quattro casi esposti, fra 52 colpiti; ma è bene notare che il numero di questi fu più elevato, poichè molti, per la lieve entità del morbo, non caddero sotto il controllo medico. Non possono quindi queste cifre aver valore di percentuale assoluta.

Quanto all'*epoca di comparsa* essa variò dai 3 ai 12 giorni dai primi segni dell'infezione parotidea. Alcuni autori dànno la maggior frequenza fra il 3° e il 5° giorno, così Simonin e Galli, il quale vide inoltre, in un caso, la pancreatite precedere la parotite, come analogamente altri autori notarono per l'orchite. Nei casi a me occorsi, l'infezione fece sempre la prima tappa nella parotide, d'onde poi passò al pancreas e ad altre glandule con tappe ben distinte. Così nel 2° caso passò dalla parotide al pancreas indi al testicolo; nel 3° dalla parotide alle mammelle indi al pancreas; nel 4° dalla parotide al testicolo indi al pancreas.

La sua durata non oltrepassò mai i sette giorni e scomparve sempre senza lasciare traccia di lesione alcuna, conforme a quanto osservarono i citati autori. Il Cuke solo fa qualche riserva in proposito e accenna all'ipotesi che l'affezione possa, alle volte, lasciare il pancreas in uno stato di vulnerabilità speciale per la quale poi, in avvenire, malattie più gravi proprie dell'organo, come il diabete, possano più facilmente attecchire. L'ipotesi è certamente molto suggestiva poichè in patologia, non sono rare le infezioni capaci di determinare, come ad esempio la scarlattina nel rene, condizioni simili negli organi colpiti: ma essa finora non è stata avvalorata da fatti. Ricerche e ossservazioni in questo senso sarebbero senza dubbio del massimo interesse e qualora riuscissero positive lo studio della pancreatite da orecchioni acquisterebbe la più grande importanza.

Fusignano, 1913.

BIBLIOGRAFIA.

CHARCOT e BOUCHARD. *Trattato di medicina.*
STRUMPEL. *Trattato di patologia e terapia.*
DUPLAY e RÉCLUS. *Trattato di chirurgia.*
BAGINSKI. *Trattato delle malattie dei bambini.*
GALLI PAOLO. *Pancreatite da orecchioni.*
DE DOMINICIS. *Malattie del Pancreas.*
SIMONIN. *La pancréatite ourliènue.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Il Congresso della Federazione italiana delle opere antitubercolari.

(Continuazione e fine).

Nella 3ª seduta, esaurita la discussione sull'ordine del giorno Schupfer, vengono prese in esame due importanti temi ufficiali.

Dott. **F. Gatti** (di Milano). Riferisce su *l'isolamento dei tubercolosi.*

Necessita, egli dice, creare un sufficiente numero di sanatori e di compartí, padiglioni od ospedali di isolamento ospitaliero veramente decorosi e tali da attrarre gli ammalati. Alla risoluzione dell'oneroso problema finanziario sia per la costruzione che per l'esercizio di detti sanatori e di dette sezioni ed ospedali di isolamento il relatore propone al Congresso l'approvazione dei seguenti voti: « che il Governo studi il modo

di provvedere ad una cooperazione combinata dello Stato, delle Provincie, dei Comuni per la creazione di un numero sufficiente di letti per la cura, per la educazione antitubercolare e l'isolamento istituzionale dei malati di petto; che il Governo promuova pure l'adozione della legge sulla assicurazione obbligatoria ».

Il dottor **Gennari** (di Pallanza) s'intrattiene sulla lotta antitubercolare nei piccoli centri e rileva la necessità che gli ospedali vi siano forniti di riparto speciale.

Il dottor **Gatti** comunica, anche a nome del dottor **Trevisan,** i risultati ottenuti dalle cure eseguite nel sanatorio popolare milanese Umberto I durante l'anno 1912, con risultati veramente soddisfacenti.

Prof. **Carlo Comba** (di Firenze), riferisce su *la tubercolosi dell'infanzia.* Le statistiche anatomiche e le osservazioni clinico-biologiche — egli dice — hanno chiaramente dimostrato che la tubercolosi, rarissima nel neonato, va progressivamente e rapidamente aumentando di frequenza nell'età infantile. A questa età va quindi rivolta l'attenzione nella lotta contro la tubercolosi. Il contagio si compie nella grande maggioranza dei casi con materiale umano. In genere nella profilassi il bambino va tenuto lontano dai soggetti tubercolotici, perchè ha la massima disposizione ad ammalare. Nella terapia vanno tenute in considerazione speciale la tubercolino-terapia, le cure climatiche (elioterapia, aeroterapia al mare, al monte, in campagna); incoraggiamenti meritano poi le scuole all'aperto, i sanatori per predisposti.

Seguono, illustrate da proiezioni e fotografie, destando vivo interesse, le comunicazioni del dottor **Hajek** e dell'architetto **Cantoni** sull'Ospizio marino permanente della Marina di Massa, dovuto allo spirito di filantropia generosa e illuminata del dottor Luigi Pisa; del prof. **Poli** e dell'ing. **Navarrini** di Genova sull'ospizio Marino Ligure permanente, opera umanitaria del commendatore Nerello.

Colla discussione dei mezzi più utili di profilassi infantile si chiude la densa giornata di utile e pratico lavoro.

Nella quarta seduta ebbe luogo una comunicazione del dottor **Roatta** sui benefici effetti della *Elioterapia* a Leysin nella cura della tubercolosi, comunicazione efficacemente illustrata da numerosissime proiezioni. Essa richiama una viva attenzione da parte dell'uditorio.

I dati del prof. Roatta vengono confermati dal sen. **Foà,** che presenta diverse fotografie prese nella Clinica del dottor Bernhardt a San Moritz, dalle quali emergono i mirabili risultati che si sono colà ottenuti dalla elioterapia, sistema di cura che si potrebbe attuare anche in alcune località italiane già studiate per l'impianto di Sanatori Popolari. Dopo le parole di **Maffi, Poli,** ecc., ha la parola il relatore prof. **Comba,** che risponde alle varie obbiezioni a proposito della tanto interessante e discussa questione della elioterapia e conclude ritenendo che questa si possa fare ovunque esista il sole, più efficacemente al mare o al monte, ma altresì nel piano delle campagne, con risultati soddisfacenti.

Il dottor **A. Bertarelli** (Milano) parla sull'organizzazione e sulla funzione della prima Scuola all'aperto di Milano, espressione dell'attività della benemerita Associazione milanese « Per la Scuola », portando dati e notizie interessanti; il dottor **Ragazzi** pel dott. **Crosonini** di Genova fa conoscere i buoni risultati della prima Scuola invernale alla spiaggia, istituita dalla Associazione genovese contro la tubercolosi e dal Municipio di Genova, insistendo sulla importanza del medico scolastico nella lotta antitubercolare.

Nell'ultima seduta il comm. dottor **V. Magaldi,** vice-presidente dell'Istituto Nazionale delle assicurazioni, riassunse la sua splendida relazione sull'*assicurazione per le malattie degli operai.* In vista dell'importanza che essa presenta, ne diamo esteso resoconto in altra rubrica. Qui ci limitiamo a menzionare che il Magaldi passò in rassegna la legislazione straniera sulla materia, traendone la conseguenza che in Italia debba darsi la preferenza al sistema dell'assicurazione obbligatoria col concorso pecuniario integratore dello Stato; espose la previsione degli oneri cui si andrebbe incontro; chiuse esprimendo la speranza che dal Congresso parta una voce autorevole incitatrice perchè la necessità dell'assicurazione-malattie, diventata coscienza nazionale, sia riconosciuta urgente dai poteri pubblici.

Aperta la discussione sul tema, il prof. **Abba** svolse la sua comunicaziane sulla legislazione antitubercolare, e propose il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso fa voti perchè, con opportuno ritocco legislativo, venga stabilito, che la tubercolosi polmonare, in qualunque stadio del decorso clinico, venga considerata come una malattia per cui il sindaco, in rapporto all'articolo 79 della legge 17 luglio 1890, n. 6972 (S. 3ª), sia autorizzato ad emettere ordinanza di ricovero d'urgenza nell'ospedale competente.

Il prof. **Sestini** propose di stimolare il Governo a studiare il gran problema dell'assicurazione obbligatoria degli operai emigranti sia nei paesi d'Europa, che d'oltre Oceano, ricordando in proposito gli studi precedenti e dimostrando l'importanza del fenomeno migratorio sulla diffusione della tubercolosi.

Seguirono **Degli Occhi, Fornario, Maffi, Massalongo**, che proposero vari provvedimenti e **Poli**, che caldeggiò l'appoggio formale da darsi dai rappresentanti del Governo e del Parlamento.

Il relatore **Magaldi** rispose ai vari oratori osservando che le diverse proposte trovano tutte una soluzione nell'assicurazione obbligatoria per le malattie dei lavoratori. Aggiunse che la fatale evoluzione di alcune forme della beneficenza pubblica verso le forme più moderne e più evolute della previdenza sociale concorrerà ad alimentare coi cospicui patrimoni tutte le opere che provvedono alla salute ed alla integrità dei lavoratori.

Il dottor **Gatti** riassume i « desiderati » espressi dalla discussione, e presenta il seguente ordine del giorno, approvato all'unanimità:

« Il Congresso, udita la relazione del commendatore Magaldi, esprime il voto che il Governo, assolvendo un impegno già da tempo assunto verso il Parlamento e verso il Paese, prepari al più presto e presenti provvedimenti legislativi improntati al sistema dell'assicurazione obbligatoria per le malattie dei nostri lavoratori, completata da norme d'igiene profilattica e di educazione sanitaria, col concorso integratore dello Stato ».

L'avv. comm. **Calandra** riferisce *sulla opportunità di una Federazione tra le istituzioni cittadine per la lotta contro la tubercolosi*, presentando il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso, convinto della necessità di unire e di coordinare tutte le forze degli Enti pubblici e degli Istituti privati per la lotta contro la tubercolosi; convinto che ciò possa e debba farsi senza pregiudicare menomamente l'autonomia dei singoli Enti ed Istituti, fa voti perchè in tutte le maggiori città si costituiscano, secondo le condizioni locali, delle Alleanze o Federazioni fra gli Enti pubblici e gli Istituti privati, allo scopo di coordinare le loro forze per una azione regolata e concorde nella lotta contro la tubercolosi; fa voti ancora perchè vengano dal legislatore stabilite opportune norme per rendere, in determinati casi, obbligatoria detta Alleanza o Federazione, rispettata sempre l'autonomia degli singoli Enti ».

Il prof. **Tamburini** di Roma riferisce efficacemente, con numerosi disegni, su l'organizzazione, la funzione e l'importanza per il problema tubercolare dell' Alleanza antitubercolare da lui ideata ed attuata a Roma. Si sofferma su una istituzione da lui ancora attuata in Roma, mercè il concorso di Opere e di persone benefiche: la Colonia-scuola dei predisposti.

Segue la 7ª ed ultima relazione, dovuta alla signorina **N. Facchi** (Milano), *sulla cooperazione della donna nella lotta contro la tubercolosi*. È la prima volta che una donna italiana partecipa ai lavori dei Congressi antitubercolari, in nome delle nuove idealità che animano le donne italiane. La relazione venne accolta da espressioni di vivo compiacimento da parte degli intervenuti. Le idee espresse sull'opera delle donne quali patronesse, ispettrici e infermiere addette alle istituzioni profilattiche e quali propagandiste o educatrici nelle officine, nelle scuole e nelle famiglie, furono brillantemente ribadite da una comunicazione della signorina **Faggiani** (Torino). Alla discussione animata parteciparono la signora **Cesarano, Foà, Sestini** ed altri. Su proposta **Foà**, il Congresso approvò il voto che alla complessa lotta abbia a partecipare attivamente anche la Croce Rossa italiana, così come si è applicata e si applica vantaggiosamente nella lotta contro altri flagelli popolari.

I lavori del Congresso furono chiusi da comunicazioni del prof. **Sormani**, di Pavia, sull'andamento della diffusione della tubercolosi in Italia; di **Lévy-Minzi**, su la tubercolosi giovanile; del dott. **G. Pagani**, di Belluno, sulla diffusione della tubercolosi in quella provincia; del dottore **Ferrari**, di Milano, su di un tipo pratico ed economico di sputacchiera tascabile; del prof. **Abba**, di Torino, sulla legislazione sanitaria in rapporto alla obbligatorietà della denuncia della tubercolosi, presentando a tale proposito un ordine del giorno.

Si passò in ultimo alla lettura ed alla approvazione dei voti presentati.

Con questa seduta, lunga e laboriosa, il Congresso chiuse i suoi lavori, così importanti e di valore pel paese.

* * *

Durante il Congresso venne tenuta l'assemblea dei delegati delle 32 istituzioni federate. Sul bilancio riferì il segretario Ronzoni, il quale rilevò che il risultato del III Congresso è una conferma della utilità della Federazione. L'assemblea decise sui seguenti argomenti: 1° sulla richiesta da farsi al Governo (sul fondo per la tubercolosi) di sussidi alle istituzioni federate più bisognose; 2° per stabilire utili rapporti di colleganza fra Federazione e Lega Nazionale. L'assemblea scelse il prof. Tamburrini, vice-presidente della Lega, a membro del Consiglio direttivo della Federazione ed a vice-presidente del IV Congresso, la cui sede, per invito del prof. Ferraro, assessore comunale e rappresentante di Genova, rimane fissata in questa città ed avrà luogo nel 1914. La stessa città viene pure scelta per la riunione sociale annuale.

La nuova Presidenza della Federazione è risultata così composta: prof. Foà, presidente, proff. Tamburrini e Poli, vice-presidenti, professore Ronzoni, segretario, signora Fumi, economa.

***

Su proposta della Presidenza, il Congresso acclamò a soci onorari della Federazione le LL. MM. la Regina Madre e Regina Elena e S. A. I. R. la principessa Laetitia, che risposero telegraficamente compiacendosi dell' omaggio loro fatto e ringraziando.

Il Congresso votò l'invio di un plauso al senatore Pisa, al comm. Merello e al prof. Murri, propugnatori coll'esempio dell'efficacia della cura marina.

Il Congresso deliberò di inviare un telegramma di plauso a S. E. Giolitti, per il cenno fatto nella relazione sua elettorale sul problema della tubercolosi, auspicando così una più diretta attenzione da parte dei poteri pubblici sulla grave questione sociale.

A. M.

Società di scienze mediche in Conegliano Veneto.

Seduta del 3 gennaio 1913.

Barnabò V. *La lussazione posteriore del ginocchio.* — Espone la storia clinica di una donna, che, in seguito a caduta, riportò questa grave lesione, la quale per l'imbrigliamento dei vasi poplitei produsse la cangrena dell'arto e necessitò l'amputazione. Coglie l'occasione per parlare del meccanismo, della diagnosi, della prognosi, della cura di questa lussazione, riferendo poi delle gravi complicazioni specialmente vasali, che possono intervenire, e a cui bisogna possibilmente porre un pronto riparo con un franco intervento.

Seduta del 7 febbraio.

Maresio. *Osservazioni intorno a due casi di tachicardia parossistica.* — Espone la storia di una tachicardia essenziale in un mitralico arteriosclerotico, e quella di una forma sintomatica da probabile affezione dei visceri addominali (colica epatica?); e ne studia la patogenesi, consigliando l'uso della morfina, specialmente nella forma riflessa.

Seduta del 7 marzo.

Maresio. — *Il metodo Forlanini nella cura della tubercolosi polmonare.*

Marcer. *Polisierosite da diplococco.* — In un caso di polisierosite isolò dal liquido pleurico un diplococco capsulato. Ritiene trattarsi di setticemia pneumococcica con semplice localizzazione alle sierose pleuriche e peritoneale, analogamente a ciò che talora si riscontra negli animali da esperimento.

Seduta del 7 aprile.

Maresio. *Inversione totale della vescica.* — In una bambina di due anni, affetta da enterite, prolasso rettale e paresi vescicale, ritrovò sviluppo enorme delle grandi labbra e mancato saldamento superiore delle piccole; assenza della clitoride, ed inversione totale in vagina della vescica, la quale potè esser ridotta con adatte manovre sotto narcosi. La rarità del caso (23 casi nel sesso femminile e 2 casi nel sesso maschile pubblicati nella letteratura) offre occasione di riferire la patogenesi, la distinzione tra inversione totale ed incompleta, e la terapia delle due forme.

Seduta del 2 maggio.

Zamboni. *Asportazione del lobo sinistro del fegato per gomma sifilitica.* — In una donna, affetta da sifilide extragenitale, e sottoposta inutilmente alla cura specifica, si manifestò una grossa tumefazione del fegato, che causava disturbi alle funzioni gastriche, talchè richiese l'atto operativo. Si trattava di un grosso tumore gommoso a carico del lobo sinistro, che era unito al fegato mediante un peduncolo, il quale ne facilitò l'asportazione. Egli è d'accordo con Giordano di non operare in questi casi altro che quando ha fallito la cura specifica.

Zamboni. *Voluminoso tumore della regione anteriore del ginocchio.* — Presenta un grosso tumore asportato dalla regione prerotulea, sviluppatosi in seguito ad un trauma e rimasto piccolo per qualche tempo, per poi assumere un rapido sviluppo. Trattasi di un sarcoma in parte degenerato, della borsa prerotulea, del peso di kg. 2.400.

Seduta del 6 giugno.

Zamboni. *Intorno a tre casi di cancro del retto.*

Tona. *Di un tumore della cicatrice ombelicale.*— Riferisce di un adenoma della cicatrice ombelicale in un bambino di 4 mesi, dovuto alla imperfetta chiusura del tratto esterno del condotto onfalo mesenterico; e ne discute la genesi, accettando la teoria di un difetto di sviluppo embrionale emessa dal Minelli. I preparati microscopici dimostrano un mioadenoma di origine gastrica. Illustra quindi il caso dal lato embriologico ed etiologico, riferendo della sua rarità.

Dott. V. BARNABÒ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

OSPEDALE UMBERTO I IN FROSINONE (ROMA).

Morbo di Pott

per il dott. GIOVANNI MARANO.

Parmi convenga più esattamente sostituire alla denominazione « morbo di Pott » quella di « sindrome di Pott », non avendo questi scoperto alcuna malattia, come si esprime il Reclus, ma descritto magistralmente i rapporti della paralisi degli arti inferiori col gibbo (Déjerine e Thomas).

Il momento patogenetico della sindrome di Pott mal definito e dubbio fino alla prima metà del secolo XIX fu per merito di Nelaton, Delbet, Lannelongue, ecc., ampiamente illustrato, integrandolo in un concetto informatore d'una etiologia distinta e individualizzata dalla dimostrazione della natura tubercolare del morbo, in modo da risultare che la tubercolosi vertebrale e il morbo di Pott siano termini che si confondono in un medesimo significato. Il morbo di Pott, e tutti i patologi sono d'accordo, colpisce i ragazzi, gli adolescenti, ed è raro negli adulti, eccezionale nei vecchi. Lannelongue di 280 casi da lui osservati nell'ospedale Trousseau riferisce che 14 colpirono ragazzi al disotto di due anni, 91 dai 2 5 anni; 59 dai 5-10; 16 dai 10-15 anni.

La massima frequenza dunque sta tra i due ai cinque anni. La mia osservazione clinica è di una donna di anni 50, maritata, con figli viventi e sani. L'anamnesi familiare ci rivela qualche caso di tubercolosi pulmonare verificatosi nei discendenti del ramo collaterale. L'inferma ha goduto sempre ottima salute e una vigoria di forze, non fiaccata dalle diuturne fatiche e pesi enormi gravauti sul dorso, fino all'età di 42 anni, quando cominciò ad avvertire un dolore all'anca sinistra, vivissimo, terebrante, che non le dette tregua per molti giorni, fino a che scomparve, per riapparire a breve intervallo sulla rachide, e precisamente a livello delle prime vertebre dorsali, dove si localizzò, stabilendosi grado grado un'incompleta rigidità della colonna vertebrale, e un incurvamento ad arco nel segmento dorsale superiore. La donna attese per varî anni alle piccole faccende familiari, agitata e perplessa del suo male inaspettato, e rimase spettatrice, e senza i soccorsi dell'arte medica; convinta che alcun rimedio sarebbe stato utile alla sua infermità, provocata dallo sforzo assiduo e straordinario del lavoro, il quale aveva deformato un segmento della sua spina dorsale.

Ma nel febbraio ultimo scorso la paziente fu colpita da paralisi dell'arto inferiore destro, cui seguì dopo quattro o cinque giorni quella dell'arto inferiore sinistro. La paraplegia tormentò la donna per circa venti giorni con tremori epilettoidi, e iperolgesie intol'erantissime.

Stato attuale. — L'inferma decombe supina; mostra una denutrizione cospicua, e un pallore cereo della cute arida, le mucose esangui, povertà di adipe, ipotrofia delle masse muscolari, edemi degli arti inferiori, e struttura scheletrica robusta. Gli apparecchi respiratorio e digerente integri; quello cardio-vascolare rivela rumori di soffio anorganici, sistolici su tutti i focolai dell'aia cardiaca, e rumor di trottola spiccatissimo sulla giugulare destra, espressione sintomatica di una oligoemia secondaria. Non si osservano perturbamenti psico-sensoriali, tranne un tono caldo ed elevato di emotività che viene espresso dalla coscienza della propria malattia. Invitata a giacere seduta sul letto obbedisce con evidente sforzo. Il torace appare deformato, ristretto lateralmente, e appiattito dall'avanti all'indietro. Sul segmento dorsale superiore della colonna vertebrale si delinea una gibbosità, che manca del carattere sintomatico d'esser mediana ed angolare a un tempo (Reclus–Tillaux), perchè essendo più vertebre contemporaneamente colpite si ha una curva a grande raggio, che non sta rigorosamente nel piano antero-posteriore, ma si disegna come curva laterale, la quale offre una certa analogia colle curvature scoliotiche. Il capo s'inchina in avanti, e tra il segmento dorsale superiore e quello cervicale si presenta una insellatura notevole. Alla percussione sul gibbo non si ridesta alcuna sensazione dolorosa. La paralisi degli arti inferiori è spastica con esagerazione dei riflessi patellare e achilleo bilaterale, che percossi provocano un movimento esageratamente intenso e brusco. V'è clono del piede visibilissimo a sinistra, meno appariscente a destra, come pure è presente il fenomeno di Babinski. Si osserva evidentissimo il sintoma descritto da Delbet; premendo leggermente e late-

ralmente sulla regione sacro-lombare si ha un movimento di retrazione degli arti inferiori. Tutte e due le gambe sovente son colpite da un energico clono (epilessia spinale d'un tempo). La sensibilità tattile è perfettamente conservata. non così quella dolorifera e termica che sono spente negli arti inferiori e nelle parti inferiori del tronco, mentre sono diminuite nelle zone più chiare delle parti superiori del tronco medesimo. Il senso delle attitudini è discretamente conservato. Le alterazioni della sensibilità seguono una topografia radicolare, con evidenza del fenomeno della dissociazione siringomielica. Gli sfinteri anali e vescicali non sono alterati nella loro funzione.

È questa la concisa esposizione del quadro clinico dell'inferma. Non v'è dubbio che la paraplegia sia in rapporto alla lesione del segmento dorsale superiore della rachide, e che il comportarsi dei riflessi tendinei per la soppressione d'influenze inibitrici provenienti dall'alto c'induca a considerare una forma di paralisi da compressione, che ha punto di partenza dal midollo dorsale. Inoltre la lesione medesima in rapporto alla paraplegia lumeggiando la diagnosi, che per lo passato non sarebbe stata priva di difficoltà, guadagna un'importanza anatomo-clinica notevole, e sprona a considerazioni d'indole terapeutica, che possono avere un valore di reale efficacia. Le paralisi da compressione più frequenti nella pratica e più importanti possono essere prodotte da un cancro, spondilite, male di Pott, da gomme sifilitiche, da esostosi vertebrali, dall'ematomielia, sclerosi a placche a forma paraplegica, a paraplegie riflesse, ecc.

Quale di questi morbi dunque ha provocato la sindrome paraplegica nella donna da me osservata? Guidano alla diagnosi clinica due termini della classica trilogia sintomatica del morbo di Pott, di cui uno si manifestò nel pieno, apparente rigoglio di forze della donna cinque anni fa : il gibbo; l'altro termine è apparso da cinque a sei mesi : la paralisi. Nel caso in esame manca l'ascesso congestizio. Ma questi tre termini quanto sono incostanti, mutevoli nel morbo di Pott a somiglianza di quelli del morbo di Bright, e sovente frappongono difficoltà diagnostiche !

La paziente ricorda il trauma diuturno sopportato dalla sua spina dorsale, il quale probabilmente ha eccitato continuamente, e poi ha ravvivato un processo tubercolare delle vertebre. Comincia così la lesione distruttiva presumibilmente nel corpo della vertebra, dove d'ordinario, ha sede, e siccome si hanno più vertebre sorprese dal processo tubercolare, quindi una forma diffusa superficiale, i corpi vertebrali sono stati lentamente, successivamente colpiti. Nella prima fase del morbo si sono avuti attacchi successivi ai corpi delle varie vertebre che hanno subito quelle alterazioni istologiche e morfologiche a tutti note.

Indi il processo tubercolare ha dovuto invadere lo spazio peridurale e delle meningi spinali, cioè s'è dovuto produrre una perimenigite, e una meningite tubercolare, provocate da ulcerazione del legamento vertebrale posteriore, e si è avuto una scarica del materiale tubercolare costituito di fungosità nel canale rachidiano. Le fungosità hanno prolificato dal corpo vertebrale per impiantarsi sulle faccia esterna della dura madre, dove vegetano. Di qui gli accidenti nervosi. Il grande intervallo tra la manifestazione del gibbo e l'esplosione dei fenomeni paraplegici è consacrato da numerosi casi di morbo di Pott nella letteratura. L'evoluzione lenta, subdola, insidiosa dei processi tubercolari che hanno tregue ingannatrici, e tumulti improvvisi in seno ai tessuti, si può paragonare a quella dei crateri nelle viscere della terra che hanno riposi, e ribellioni di attività sorprendenti.

Se la donna non si fosse in primo tempo rassegnata al fatalismo della sua deformità, l'intervento del medico vigile anche in mezzo a difficoltà anamnestiche e semeiologiche, e sospettoso della natura della lesione vertebrale, avrebbe senza dubbio apportato un contributo prezioso alla salute di lei, come in genere accade di tutti gli interventi curativi precoci delle lesioni tubercolari in ispecie, e probabilmente non si sarebbero verificati gli accidenti paralitici. La cura specifica del Durante che tanti meravigliosi, e insperati successi ha raggiunto in tutte le forme di tubercolosi chirurgiche, e la cura ortopedica avrebbero sollevato le sorti della inferma. Ma il lungo indugio diagnostico, e i progressi del morbo allo stato attuale ispirano languida fiducia nel successo che si potrà trarre dai tentativi di cura colle iniezioni iodo-iodurata alla Durante, e colla cura ortopedica, caldeggiate dal Calot, onde l'inferma sarà costretta a percorrere il calvario di sofferenze traverso le laboriosissime e diuturne evoluzioni della sua malattia.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'agente etiologico della pertosse.

Numerose sono le ricerche, varî i resultati, fino alla scoperta del Bordet e Gengou nel 1906 (*Ann. de l'Inst. Pasteur*).

Il Porcelli porta un notevole contributo (*Riv. di Clin. Pediatrica*, n. 7, 1913) a conferma dei risultati di Bordet e Gengou da molti ancora discussi.

Il bacillo della pertosse si trova nell'escreato di tutti i malati di pertosse, giammai nel sangue; non è stato finora ritrovato mai nell'escreato di malati di altre affezioni bronchiali.

Il periodo di eliminazione maggiore è quello dello stadio catarrale, e dell'inizio dello stadio spasmodico; poi diminuisce e scompare; il Porcelli è riuscito a trovarlo fino alla 42ª giornata di malattia.

Si colora bene col colore indicato da Bordet e Gengou (turchino di toluidina fenica: toluidina Grubler gr. 5, alcool gr. 100, acqua distillata 500, soluzione fenica al 5 per cento gr. 500).

Morfologicamente si presentano come bastoncini corti ad estremità leggermente arrotondate sprovvisti di ciglia e di capsule, asporigeni; presentano una netta colorazione polare.

È aerobio, optimum per lo sviluppo 36-38 gradi. Il terreno per la cultura è quello indicato da Bordet e Gengou stessi; estatto idoglicerico di patata con sangue: 100 gr. di patata finamente tagliuzzate e pulite si fanno cuocere con 200 gr. di soluzione di glicerina al 4 per cento; si filtra e al filtrato si aggiunge il 2.5 per cento di agaar; si fa sciogliere in pentola di Koch e si distribuisce in provette nella quantità di 2-3 cm. ciascuna; si sterilizza. Al momento di servirsi del terreno lo si fluidifica e vi si aggiunge in egual quantità di sangue defibrinato di uomo, di cavallo: di coniglio: si versa in capsule o si fa solidificare a becco di flauto in provette.

Le colonie sono piccole, trasparenti, delicate; divengono lattescenti al centro, con riflessi verdognoli alle periferia. Il germe ha potere emolitico: il colore del terreno si chiarisce nel punto in cui esso è trapiantato. Si può coltivare anche nei terreni comuni isolandolo dalle piastre, non fluidifica la gelatina.

Non resiste al Gram, nè agli acidi. Servendosi come antigeno di una sospensione di germi, ottenuta emulsionando la patina di una cultura (circa 4 anse normali) per ogni cmc. di soluzione fisiologica, in modo da avere una sospensione omogenea, e d'un comune sistema emolitico, col siero del malato, la deviazione del complemento riesce frequentemente positiva; mentre la prova non riesce mai con siero di ammalati di altre affezioni polmonari.

Klimenko è riuscito a provocare la malattia sperimentalmente, non così il Porcelli; ad ogni modo, a malgrado di questa ultima prova negativa, si può ritenere come fondamentalmente dimostrato il rapporto di causalità tra germe e malattia *t. p.*

CASISTICA e TERAPIA

Apparecchio circolatorio.

Le miocarditi acute.

Dal punto di vista diagnostico il capitolo delle miocarditi s'è arricchito, e, mentre alcuni segni hanno perduto del loro valore, come la tachicardia e l'ipotensione, una serie di altri sintomi ha acquistato importanza. Se la tachicardia in genere e l'ipotensione non bastano per provare la diagnosi, quando ad esse si accompagnino la dispnea e i dolori, l'aritmia, il rumore di galoppo con extrasistoli, si può sospettare la miocardite; questa diviene sicura se compaiono dilatazione del cuore, toni oscuri, fegato grosso.

Ma anche nel solo *sospetto* della miocardite, il medico deve subito correre al rimedio, specie in quelle malattie in cui si conosce un rimedio che ha valore di specifico.

In generale il miocardio è leso per una causa infettiva; bisogna ancora fare delle riserve intorno all'esistenza delle miocarditi tossiche da alcool, da piombo, da tabacco p. es.

« Miocardite acuta in genere è sinonimo d'infezione ». Nelle miocarditi differiche è la cura sieroterapica che deve essere continuata; nelle miocarditi reumatiche il salicilato sodico sarà sospeso o meglio abbassato nelle sue dosi; in generale ogni terapia che il medico aveva intrapreso contro la malattia, anche se specifica, deve subire un'attenuazione nelle dosi, davanti alla comparsa dei segni d'una miocardite.

Se si somministrarono antitermici, questi devono essere sospesi o ristretti; il chinino e il salicilato di sodio ad alte dosi stancano la contrattilità miocardica.

La dieta sarà subordinata alla temperatura; la balneazione subirà nel tifo delle modificazioni: il grado di temperatura dovrà subito essere rialzato e il bagno essere tiepido (a 33°-35°) se l'ammalato ha menomi segni d'intolleranza.

Nell'ipotensione e tachicardia l'adrenalina trova il suo impiego; 5-20 gocce della soluzione, due volte al giorno. Netter ne consiglia 100 gocce.

Si può l'adrenalina sostituire con cachets di 10 centgr. di capsule surrenali. Nei casi di collasso si può ricorrere al siero adrenalinico, ½ mmgr.

d'adrenalina per 100 cmc. di siero artificiale (Carnot e Josué).

Nelle insufficienze miocardiche delle malattie infettive è consigliata la polvere d'ipofisi (10 centigrammi al giorno). Si può usare la pituitrina (0.10 per cm. cubico, da iniettare 0.30 gr. pro dose).

Come rimedio utile contro l'eretismo cardiaco giova la vescica di ghiaccio applicata sulla regione precordiale, 8-10 ore al giorno.

Se v'ha dolore vivo bisogna ricorrere alla morfina od all'eroina, a dosi piccole e ripetute.

Il bromuro deprime troppo; la morfina invece a piccole dosi è piuttosto un cardiotonico.

L'iniezione d'olio canforato può giungere a limiti alti, 10-20 cmc. di soluzione 10 % nelle 24 ore. La canfora è, è vero, meno eccitante della caffeina, ma essa non lascia temere le depressioni consecutive. La caffeina si può aggiungere nella quantità di 2 iniezioni (10 centigr. ciascuna) nell'intervallo tra le iniezioni d'olio canforato (10 %); utili sono nelle forme sincopali: si può usare con vantaggio:

Olio d'ulivo sterile . . . . . . } a gr. 5
Etere solforico. . . . . }
Canfora. . . . . gr. 1

per iniezioni ipodermiche.

Se non si ricava utilità, è bene tentare

la { Sparteina. . . . . . . 2 centgr. ½
Solf. stricnina. . . . . 1 milligr.
Acqua distillata. . . . 1 cmc.

per una iniezione, 2 al giorno.

Le iniezioni sottocutanee d'ossigeno non hanno effetto durevole.

La digitale è lenta nella sua azione: se esistono extrasistoli e ritmo di galoppo vi si può ricorrere: piccole dosi di digitale o di digitalina cristallizzata. La cura digitalica sarà utile ad evitare incidenti dolorosi se continuata nella convalescenza.

(*Journal des Pratic.*, n. 23, 1913).

t. p.

La tachicardia parossistica.

La tachicardia parossistica è una sindrome anche oggi non spiegata nella sua essenza: essa per lo più è la espressione di un'abnorme eccitabilità dei centri nervosi, e non la conseguenza di una determinata alterazione organica: anche i risultati sperimentali di Hering dimostrano che la tachicardia parossistica può dipendere da causa neurogena. Il Grassmann ne ha pubblicato recentemente quindici casi (*Münch. Mediz. Wochen.*, 1913, n. 29) da cui risalta spiccatissima la base neurastenica dei soggetti da essa colpiti. In alcuni di essi si trattava di tipici gozzuti con il quadro più o meno completo del morbo di Basedow. È caratteristico un caso di un uomo che ammalò acutamente coi sintomi della malattia di Basedow e che oltre alla tipica tachicardia presentava attacchi di tachicardia parossistica. In un altro caso si trattava di un disturbo tiroideo che preesisteva da lungo tempo, in cui si avevano periodi intermittenti di tachicardia parossistica. In un altro caso di morbo di Basedow a decorso mortale si ebbe un fortissimo attacco di tachicardia parossistica in seguito all'uso della digitale. Dal punto di vista clinico bisogna osservare che un aumento della frequenza del polso fino a 200 ed oltre può restare inavvertito o quasi però per lo più dà origine a sensazioni penose, sembra però incredibile come i pazienti durante gli attacchi possano spesso attendere alle loro ordinarie occupazioni. Sulle condizioni della pressione furono fatte osservazioni solo in due casi: in uno durante l'attacco si ebbe un abbassamento della pressione fin sotto 80 dell'apparecchio del Riva-Rocci: poi si ebbe subito un'elevazione. Anche nel secondo caso durante l'attacco si ebbe un abbassamento della pressione. Il Wenckebach mette in rapporto questo abbassamento della pressione sanguigna colla tachicardia che in gradi estremi può essere causa di notevole dilatazione cardiaca dovuta alla stanchezza del miocardio per l'enorme sforzo muscolare.

P. A.

Il riflesso oculo-cardiaco nella sindrome di Basedow.

Il riflesso oculo-cardiaco è stato descritto per la prima volta da Ashner nel 1908, che notò che negli animali in narcosi la compressione dei globi oculari provocava una diminuzione dell'intensità delle contrazioni cardiache, fino a determinare l'arresto del ventricolo in diastole. Nell' uomo si verifica spesso lo stesso fenomeno; la bradicardia provocata corrisponde a sei od otto pulsazioni al minuto e s'accompagna ad un abbassamento della pressione arteriosa.

L'origine di questo riflesso va ricercata nell'eccitazione delle estremità nervose del trigemino che provoca un riflesso bulbare a via centrifuga rappresentato dal vago. La sua ricerca clinica è stata fatta da Miloslavich, Hess e Grossmann che l'hanno trovato specialmente in individui vagotonici e in pazienti colpiti di disturbi nervosi di origine digestiva.

Il Loeper e Mougeot hanno publicato uno studio molto completo sul riflesso oculo-cardiaco nella diagnosi delle nevrosi gastriche e le loro ricerche confermano gli studi degli autori tedeschi: essi hanno osservato in 4/5 dei pazienti un rallentamento, in 1/5 un acceleramento delle pulsa-

zioni cardiache: quindi il riflesso oculo-cardiaco oltre che per la via del vago si produrrebbe anche per quella del simpatico.

Il Sainton (*Bull. méd.*, num. 60, 1913) ha ricercato sistematicamente il riflesso in questione nel morbo di Basedow allo scopo di poter determinare senza ricorrere alle iniezioni di adrenalina o di pilocarpina se è giustificata la suddivisione delle forme di morbo di Basedow in vagotoniche e simpaticotoniche o forme miste. Il metodo del Sainton avrebbe il vantaggio di essere puramente clinico. Su 17 casi esaminati in 12 si ebbe una netta reazione vagotonica: il polso si era abbassato in un caso fino a 24. Malgrado questi forti rallentamenti il malato non avvertiva alcun disturbo.

In due casi si aveva una netta reazione simpaticotonica.

In due casi invece la reazione fu variabile: vi sarebbero quindi basedowiani che possono essere alternativamente vagotonici e simpaticotonici. Il fatto di una variazione in una di queste malate durante il periodo mestruale merita di attirare l'attenzione per le relazioni che legano le glandole endocrine al sistema autonomo e simpatico.

L'esame del riflesso oculo-cardiaco presenta dunque un grande interesse dal punto di vista della vagotonia e simpaticotonia.

ALESSANDRINI.

MEDICINA SOCIALE

L'assicurazione per le malattie degli operai.

(V. MAGALDI. Relazione fatta al III Congresso Nazionale contro la tubercolosi).

La questione è allo studio fin dal 1901, quando il ministro d'agricoltura Guido Baccelli nominò una Commissione incaricata di ricercare le cause che determinano le malattie professionali, di proporre i mezzi più idonei per prevenirle, e di preparare un disegno di legge che estendesse l'assicurazione contro gli infortuni ad alcune malattie professionali. La Camera dei Deputati, nella seduta del 17 aprile 1912, approvò un ordine del giorno con il quale prendeva atto della necessità dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie comunque cagionate. Il Senato, nella seduta del 1° aprile 1903, fu più esplicito, approvando un ordine del giorno del senatore De Angeli col quale si invitava il Governo a studiare un progetto di assicurazione obbligatoria. Fin da allora, adunque, prevaleva il concetto di provvedere a tutte le malattie degli operai, invece che soltanto a determinate infermità professionali, da assimilarsi agli infortuni sul lavoro.

Questo criterio prevalse altresì nel Congresso Nazionale delle malattie del lavoro tenutosi recentemente a Roma, con l'approvazione d'un ordine del giorno che invocava l'assicurazione obbligatoria contro tutte le malattie, ed una tutela legale per le malattie professionali specifiche, identica a quella esistente per gli infortuni sul lavoro.

Per il trionfo di queste idee sorse, dopo il Congresso, un Comitato permanente di propaganda.

I tipi prevalenti, in Europa, di assicurazione contro le malattie sono tre: l'assicurazione obbligatoria alimentata esclusivamente dai contributi degli operai e dei datori di lavoro (Germania, Austria-Ungheria, Russia Rumania, Lussemburgo); l'assicurazione obbligatoria integrata dal concorso dello Stato o degli enti pubblici di Stato (Inghilterra, Norvegia, Serbia); l'assicurazione libera integrata dagli aiuti dello Stato (Belgio, Svizzera, Danimarca).

In genere, l'assicurazione contro le malattie comprende le seguenti prestazioni: assistenza medica gratuita per la durata della malattia; sussidio di malattia nel caso in cui questa produca incapacità al lavoro; sussidio di puerperio; sussidio funerario in caso di morte.

Varia la misura del sussidio giornaliero corrisposto: è eguale alla metà della mercede media in Germania, al 60 % in Austria, al 75 % in Ungheria, a non oltre i due terzi in Russia, a non oltre la metà in Serbia ed in Rumania; è eguale al salario medio giornaliero nel Lussemburgo.

In Inghilterra, l'indennità di malattia normale è di 10 scellini per settimana (L. it. 12.50) per gli uomini, di 7 scellini e 6 danari (L. it. 9.35) per le donne.

Nel Belgio, il sussidio proposto dalla legge, che è ancora in discussione, è di una lira giornaliera. In Norvegia si corrisponde una indennità eguale al 60 % del salario medio calcolato per 6 giorni della settimana.

In Danimarca l'indennità pecuniaria non deve essere inferiore a 40 *öre* per giorno. Non è determinata la misura del sussidio in Svizzera.

Il periodo di tempo durante il quale viene corrisposto il sussidio di malattia varia, nei diversi paesi, e si aggira attorno a 20-26 settimane.

Il sussidio funerario consiste per lo più in una somma pari a 20 volte il salario-base fissato per gli effetti dell'assicurazione.

Da per tutto i benefizi dell'assicurazione sono estesi agli operai delle industrie: in Germania giungono agli operai dell'agricoltura ed a determinate categorie di impiegati. In Inghilterra sono soggetti all'assicurazione obbligatoria tutti i salariati dai 16 ai 65 anni, dei due sessi, cittadini britannici o non, addetti a stabilimenti industriali, o lavoranti a domicilio per conto dell'imprenditore, e la gente di mare.

La legge Norvegese contempla tutti i salariati ed impiegati occupati in un servizio pubblico o privato.

Nei paesi in cui l'assicurazione è esclusivamente a carico degli operai e dei datori di lavoro, i contributi sono versati dalle due parti nella seguente misura: $^2/_3$ dall'operaio ed $^1/_3$ dall'industriale in Germania, Austria, Lussemburgo; metà e metà in Ungheria; $^2/_3$ dal padrone ed $^1/_3$ dall'operaio, in Russia; tutto dall'operaio in Rumania.

In Inghilterra, il fondo dell'assicurazione nazionale contro le malattie è formato per sette noni, quando si tratti di uomini, e per tre quarti per le donne, dai contributi versati dagli operai e dai padroni, e rispettivamente per due noni e per un quarto da crediti votati dal Parlamento. In Norvegia, il premio è pagato per due decimi dallo Stato, per un decimo dal Comune, per 6 decimi dall'assicurato, e per un decimo dal padrone.

In Serbia il contributo è posto metà a carico del padrone e metà a carico dell'operaio: lo Stato versa complessivamente, ogni anno, centomila lire all'Unione Generale delle Associazioni per l'assicurazione operaia.

In Svizzera, ove, come si è detto, l'assicurazione non è obbligatoria, lo Stato dà annualmente alle Casse, per ogni assicurato uomo lire 3.50 e lire 4 per le donne, quando la Cassa fornisca ai soci, per almeno 6 mesi, o le cure mediche e farmaceutiche, o un sussidio di 1 lira: il sussidio governativo è di 5 lire se viene assicurata l'una e l'altra cosa.

È costante, in tutti gli ordinamenti dell'assicurazione malattie, la facoltà di convertire la cura ed il sussidio a domicilio nell'assistenza e mantenimento in un ospedale. Questa facoltà si esercita con atto d'imperio quando la malattia è di tale natura da richiedere cure speciali nell'Ospedale, o si tratti di malattia contagiosa.

In alcuni paesi, come in Germania ed in Inghilterra, la legge dà facoltà notevoli alle Casse, per prevenire e combattere le cause di malattie, e per la propaganda e vigilanza igienica; in grazia a queste facoltà è stato possibile ingaggiare la lotta vittoriosa contro la tubercolosi e contro gli ambienti malsani.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie è integrata, in Germania, da altre istituzioni protettive per l'operaio: la cassa d'invalidità, e di vecchiaia. Il sussidio di invalidità viene corrisposto (*rendita di malattia*) quando l'assicurato ha oltrepassato il periodo massimo durante il quale beneficia del sussidio di malattia, e per la cronicità del suo male non è abile, o temporaneamente, o permanentemente, al lavoro: i fondi per l'assicurazione invalidità e vecchiaia sono integrati dal concorso pecuniario dello Stato, che versa 50 marchi all'anno per ogni pensionato.

Anche in Inghilterra è concessa, dopo 26 settimane di malattia, l'indennità d'invalidità, costituita da 5 scellini (lire 6.26) per settimana, fino all'età di 70 anni, quando subentra la pensione di vecchiaia.

La Francia, che già possiede l'assicurazione obbligatoria per le pensioni di vecchiaia, non provvede a quella delle malattie, perchè si reputa sufficiente l'azione delle Società di mutuo soccorso che in quel paese hanno raggiunto uno sviluppo considerevole.

In Italia, la previdenza mutualista è assai fiacca, ma è giusto notare che non riceve alcun aiuto dallo Stato.

Fin dal 1907 il Consiglio della Previdenza nominò una Commissione per studiare una legge che, col sistema della libertà di assicurazione, integrata dal contributo dello Stato (tipo Svizzera), giungesse alla maggiore diffusione dell'assicurazione contro le malattie, preparando il terreno all'assicurazione obbligatoria.

Gli aiuti dello Stato, secondo uno schema di disegno di legge (relatore prof. Gobbi) presentato nel 1909, erano costituiti da un fondo di 2 milioni, inscritto nel bilancio del Ministero d'agricoltura, destinato a concedere premi a quei sodalizi che assicurassero un minimo di prestazione in caso di malattia.

Si istituivano, poi, veri sussidi di cronicità, nella misura non inferiore a 50 centesimi al giorno, fino a che il socio entrasse nel godimento della pensione d'invalidità, con una ingegnosa coordinazione delle Casse autorizzate con la Cassa Nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia.

Questo schema, che fu discusso ed approvato dal Consiglio della Previdenza, non ebbe miglior

fortuna degli ordini del giorno deliberati dal Parlamento negli anni 1902 e 1903.

Dopo aver esaminato, nella sua lucida ed esauriente relazione, la legislazione dei paesi d'Europa sulla assicurazione contro le malattie, il comm. Magaldi studia il costo annuale di queste assicurazioni, fondandosi sui dati forniti in Italia, dalla statistica del 1904 delle Società di mutuo soccorso autorizzate, e dalla statistica ferroviaria del 1912, integrati, quanto era possibile, dalle esperienze straniere.

Le notizie fornite dalle Società di mutuo soccorso nell'anno 1904 dànno una spesa media, per socio sussidiato, di lire 22.36; un numero medio di giornate di malattia, per ciascun socio inscritto, di 5.52, ed una spesa media, per ciascun socio inscritto, per sussidi di malattia, di lire 5.64. Aggiungendo a questa somma la spesa per cura medica e medicinali, che è valutata in lire 6 annue per ciascun socio, e lire 2 per spese di amministrazione, si avrebbe, come ipotesi minima, la spesa di lire 13.62 per ogni assicurato, annualmente.

Secondo il censimento del 1911, se l'assicurazione si estendesse ai soli operai dell'industria dai 15 ai 65 anni di età, sarebbe applicata a 2 milioni circa di individui: la spesa annuale risulterebbe quindi di lire 27,240,000. Qualora, secondo il sistema germanico, la spesa gravasse per due terzi sugli operai, e per un terzo sui datori di lavori, l'onere sarebbe rispettivamente di lire 18,160,000 a di lire 9,080,000.

Se fosse ammesso l'intervento dello Stato per due decimi, e si ripartissero gli altri otto in parti eguali fra operai e datori di lavoro, si avrebbe per ciascuno di questi un contributo di lire 10,896,000, e per lo Stato un onere di lire 5,448,000.

Comprendendo nell'assicurazione anche i lavoratori della terra, 3 milioni circa, si avrebbe una spesa complessiva di lire 68,100,000, delle quali, secondo la ripartizione riferita, 13,620,000 lire andrebbero a carico dello Stato.

Questi dati si hanno facendo i calcoli in base alle statistiche delle Società di mutuo soccorso. Se si facessero invece tenendo conto delle statistiche di morbosità dei ferrovieri, pubblicate dal Fabbri, poichè si ha una durata media annuale delle giornate di malattia, per ogni agente inscritto nei ruoli delle Ferrovie dello Stato, eguale a 7.15, nel 1912, ed una spesa giornaliera di lire 2.60, la spesa annuale per assicurato risulterebbe di lire 18.49. L'onere dell'assicurazione, limitato agli operai delle industrie, sarebbe di lire 36 980.000 annue, delle quali, secondo la ripartizione già esposta, lire 7,396.000 sarebbero a carico dello Stato.

Ma il comm. Magaldi ha voluto anche tener conto della esperienza che ha fatto l'Ungheria nella applicazione della legge del 1907 sull'assicurazione-malattie e infortuni. Da quella esperienza risulta che in Ungheria l' indice della morbilità degli operai sta fra quello desunto dalla statistica delle Società di mutuo soccorso italiane e quello dato dalle statistiche del Fabbri sulle malattie degli agenti ferroviari. Ma il costo delle assicurazioni in quel paese è più alto e il commendator Magaldi lo assume per abbondare nelle previsioni. Secondo quella esperienza, l'assicurazione obbligatoria per le malattie in Italia, estesa soltanto agli operai delle industrie, costerebbe lire 38,820,000. E quindi, nella ipotesi del concorso dello Stato, quella spesa cadrebbe per lire 15,525,000 a carico degli operai, per altrettanta somma a carico dei padroni e per lire 7,764,000 a carico dello Stato.

Il Magaldi ritiene che per ora l'assicurazione per le malattie, in Italia, si dovrebbe rendere obbligatoria solo per gli operai delle industrie. Fra i sistemi di ripartizione dei contributi desidererebbe che fosse imitato quello ungherese: metà al padrone, metà all'operaio. Se si accogliesse il concetto di integrare il sussidio di malattia con quello di invalidità temporanea, dovrebbe intervenire, come in Germania ed in Inghilterra, il concorso pecuniario dello Stato.

Come organi assicuratori potrebbero funzionare le Società di mutuo soccorso riordinate, e, nei comuni ove queste non esistessero, si dovrebbe dar vita alle Casse-malattie comunali o consorziali.

La Cassa Nazionale di Previdenza dovrebbe essere l'organo centrale per vigilare e coordinare l'azione di tutte le altre Casse assicuratrici.

Il relatore s'augura, alla fine, che il concetto dell'assicurazione delle malattie sia accolto nella nostra legislazione per potere ottenere, oltre agli altri vantaggi, la reciprocità di trattamento a favore dei nostri operai, presso le altre Nazioni, reciprocità che ora ci viene negata, non potendo noi darla agli operai stranieri dimoranti in Italia.

S. DIEZ.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(172) *Indebolimento permanente da trauma* — Per fini medico-legali mi permetto di farle il seguente quesito:

Una bambina, in seguito ad un forte trauma sulla regione parietale sinistra, veniva presa da afasia e paresi della gamba destra, fatti questi risolutisi dopo pochi giorni, fatta eccezione del piede destro che non arrivava mai appoggiare per terra completamente. Dopo 4 mesi circa, tutto è scomparso, anche qualche lieve attacco eclampsico (forse epilessia Jaksoniana); però la bambina, di 3 anni circa, se corre facilmente cade per terra, fenomeno questo che rivela un indebolimento nervoso, in rapporto con qualche lesione cerebrale in corrispondenza della sede del trauma.

Tal fatto costituisce un *indebolimento permanente* ed è dovuto a quali cause?

In attesa di un gentile di Lei parere, la ringrazio e la riverisco.

Dott. P. Carvigno.

È verosimile che nella bambina permanga una lieve mono- o emiparesi destra (questa diagnosi verrebbe confermata se a destra fosse rilevabile una maggiore vivacità dei riflessi profondi, se fossero positivi il Babinski e l'Oppenheim, ecc.).

In tale caso si può certo parlare di indebolimento permanente, riferibile al trauma riportato.

È naturale che un esame obbiettivo accurato debba venir praticato per escludere che esista qualche altro fatto morboso, riferibile o no al trauma, il quale spieghi il disturbo descritto.

V. F.

(173) *Cura dell'alopecia areata.* — Le sarei grato se si compiacesse di rispondermi quale cura potrei tentare in un caso di alopecia areata, cominciata molti anni fa, in una donna d'anni 35 e che ora progredisce di giorno in giorno ad onta delle cure da me provate.

Dott. Emilio Braghetta.

Si consigliano anzi tutti mezzi tonici (bagni salini, arsenico, preparati di china, ecc.). Localmente energico massaggio con una spazzola da unghie a peli duri o con stimolanti chimici (tintura di capsico, di cantaridi, ecc.). Utile è l'uso dell'elettricità (corrente faradica).

Il Neisser loda molto la crisarobina e l'acido pirogallico che adopera insieme, aumentandone poco a poco la concentrazione (da 0.1 a 10 % - con cautela!) sotto forma di unguento o sciolti in alcool, cloroformio ecc. Contemporaneamente consiglia di frizionare regolarmente due volte per settimana sulla testa una soluzione alcoolica di sublimato (1 ‰) o di crisarobina (1 p. 300 facendo attenzione a che non ne abbiano a soffrire gli occhi!) Si consiglia anche l'epilazione ai margini dei singoli focolai. I raggi X, i raggi Finsen, la lampada di quarzo si potranno sperimentare con fondate speranze di successo.

Si tenga presente la possibilità di rapporti della vera *area Celsi* con alterazioni dalla funzione tiroidea e, nelle donne, con disturbi utero-ovarici e con la menopausa; nè si tralasci d'indagare se vi siano precedenti di lues, la qual malattia sembra possa costituire una causa aggravante, se pure piuttosto rara e di secondaria importanza, dell'alopecia areata.

V. M.

(174) Prego rispondere nella posta degli abbonati all'abbonato 26 0:

Quali sono i medicamenti in genere controindicati negli ammalati di nefrite cronica e quali quelli controindicati negli uricemici, ed in specie negli affetti da calcolosi epatica?

Dott. S. G.
Rosignano Marittimo (Pisa).

Qualunque Manuale di farmacologia trattando dei singoli medicamenti parla delle varie indicazioni e controindicazioni. A. P.

(175) Vorrei indicato un buon libro di allevamento del bambino che vada oltre il periodo dello svezzamento, non che si fermi a questo.

Con stima

Abbonato 4300.

Veramente quasi tutti i libri d'igiene infantile a noi noti vanno oltre il periodo dello svezzamento. Consulti la rubrica « Cenni bibliografici ».

R. B.

(176) Il dott. Antonio Gasperini da Petriano (Pesaro Urbino) scrive:

Permetta che Le chieda cosa si è stabilito intorno al Congresso di medicina interna da tenersi a Tripoli, poichè in nessun giornale ne ho trovato notizia.

Per ora nulla è stabilito. L. P.

(177) Dott. E. P., Alia (Palermo).

Preferiamo non dare indicazioni bibliografiche.

R. B.

VARIA

Le aberrazioni ottiche del cinematografo. — Non tutti gli oggetti in moto sono fedelmente figurati nelle proiezioni del cinematografo. Anche questo mirabile strumento ha le sue imperfezioni al pari di tutti gli strumenti di ottica, l'occhio umano compreso. Avete mai visto ad esempio — scrive il dottor V. Cereseto nel *Secolo XIX* — come si comportano follemente, nelle proiezioni cinematografiche, le ruote delle vetture in moto? Avete mai notato che qualche volta esse stanno così ferme, che paiono saldate all'asse stesso, e che qualche altra volta invece girano addirittura indietro, benchè la vettura, nell'un caso e nell'altro, sia lanciata innanzi di carriera?

Analizziamo questo fatto curioso.

In teoria il numero delle fotografie di un oggetto in movimento, che si possono immagazzinare sulla film, è grandissimo, e, direi, infinito.

In pratica, però, non se ne sviluppano che dieci in media per minuto secondo, basandosi sopra una legge di ottica fisiologica che vuole che le impressioni visive, ricevute sulla *fovea centralis* della nostra rétina, vi durino per un decimo di minuto secondo.

Se chiudiamo gli occhi nel mentre stiamo leggendo un libro, noi continueremo tuttavia a vederne i caratteri tipografici per la durata di un decimo di secondo, anche cogli occhi chiusi.

Se facciamo girare col braccio teso un tizzo ardente, non vedremo più un tizzo soltanto, ma un circolo non interrotto di fuoco. Ciò accadrà quando il nostro braccio eseguirà un movimento intero di circumduzione.

Bisogna quindi tenere presente che non tutti i tempi di un dato movimento rimangono registrati sulla film.

Quel che succede nel mentre una fotografia scompare dal campo per dar luogo ad un'altra fotografia, il cinematografo non vede e non registra.

Se, per esempio, sopra la corda di un violino noi facciamo un trillo che dia dieci note per minuto secondo, la film, nelle proiezioni, rappresenterà il dito o sempre sollevato, o sempre premente sulla corda, a seconda che la prima fotografia della serie avrà sorpreso il dito nella prima o nella seconda delle dette posizioni. Medesimamente, un pagliaccio da circo che aprisse e chiudesse la bocca successivamente dieci volte per minuto secondo, sarebbe rappresentato sulla tela del cinematografo o colla bocca sempre chiusa ed immobile, o colla bocca sempre aperta e parimenti immobile.

Ciò premesso, veniamo al caso della vettura in marcia, e della nostra ruota consideriamo, per maggiore semplicità, soltanto due raggi consecutivi che chiameremo A e B.

Molte sono le posizioni che possono prendere reciprocamente i raggi di una ruota in moto, fotografata istantaneamente ad ogni decimo di secondo; noi non abbiamo considerato che quattro casi principali. A questi il lettore può riferire tutti gli altri, e spiegarli collo stesso ragionamento.

Primo caso. Il raggio A, dopo un decimo di secondo, è giunto in B. Siccome i raggi sono tutti eguali fra di loro, lo spettatore non si può accorgere che il raggio B sia stato sostituito dal raggio A. Per lui la ruota non si è punto mossa perchè rivede tutti raggi al posto preciso di prima. Le immagini visive, via via rinnovate sui medesimi elementi cellulari della rétina, si confondono in una immagine unica e immobile.

Secondo caso. Il raggio A, dopo un decimo di secondo, è arrivato vicinissimo a B (in un punto che chiamiamo r) ma non l'ha raggiunto ed eclissato come nel caso precedente. Ora siccome r è assai più vicino a B che ad A, per certe leggi di ottica fisiologica che qui non è il caso di illustrare, succede che allo spettatore sembri, non già che il raggio A si sia avanzato fino a r, ma invece che il raggio B abbia retrocesso, essendo comune a tutti i raggi, la ruota della quantità B r. Questo movimento di retrocessione sembrerà avere un movimento di rotazione indietro.

Terzo caso. Il raggio A è giunto al di là di B. In queste condizioni lo spettatore vedrà finalmente la ruota girare nel suo giusto senso, da sinistra a destra, conforme alla marcia del veicolo. Ma anche vedendo giusto, egli sarà ingannato dagli stessi suoi occhi, perchè crederà che sia il raggio B che si è portato in s, e non il raggio A, come è realmente accaduto.

Quarto caso. Questa volta il raggio A, dopo il solito decimo di secondo, è arrivato soltanto a n, punto equidistante fra i raggi A B.

Qual movimento sembrerà allo spettatore che abbia la nostra ruota nella proiezione?

I suoi occhi avranno ugualmente ragione di credere che il raggio A abbia progredito fino a n, o che il raggio B abbia retrocesso parimenti fino a n.

La ruota gli apparirà allora completamente folle e la vedrà ruotare un po' innanzi un po' indietro, senza ragione e ordine alcuno; e, se il giuoco continuerà per un pezzo, comincerà ad avvertire certe sensazioni così dolorose che lo costringeranno a chiudere gli occhi per finirla con tale cancan di nuovo genere.

Il più curioso è questo, che, in una ruota che giri indietro, il cerchio appare invece come girante in avanti.

Il difficile è di poter vedere il cerchio da qual parte giri, mancando esso di punti di repere per il nostro sguardo.

Qualche volta accade però che questi punti di repere esistano sotto forma di sverniciature, scrostature, zacchere di fango o che so io. In questi casi si può vedere allora la zacchera girare in un senso, in avanti, per esempio, ed i raggi indietro.

Il colmo dell'aberrazione.

(*Minerva*, 1913).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

W. FALTA. **Die Erkrankungen der Blutdrüsen mit 109 Textabbildungen.** Berlin, Julius. Springer, 1913. Mk. 22.

La patologia degli organi endocrini ha fatto in questi anni progressi giganteschi e solo il Falta, che con suoi studi geniali ha dato un valido impulso alle nuove dottrine, poteva raccogliere una messe così ricca di osservazioni e di fatti da restare come pietra miliare nella storia della patologia. Il libro del Falta svolge dal punto di vista clinico ciò che Biedl aveva fatto dal punto di vista sperimentale.

Il lavoro del Falta, dopo un'esposizione generale sul concetto di secrezione interna e sui rapporti tra i vari organi a secrezioni interne e tra questi ed altri sistemi, analizza le forme cliniche che certamente possono essere messe in relazione con alterazioni delle singole glandole a secrezione interna: infine svolge il concetto tutto recente delle sindromi pluriglandolari.

Le illustrazioni e le radiografie sono numerosissime e dimostrative la esposizione chiara ed obbiettiva, la letteratura completa ed ordinata.

P. A.

Dott. F. FRANZI. **La funzione tiroidea in relazione ad alcune forme morbose dei bambini.** Napoli, Tipografia Melfi, 1913. L. 8.

Della funzione tiroidea, che da mezzo secolo ha costituito uno degli argomenti prediletti di chirurgi, fisiologi e patologi, anche i pediatri si sono occupati con amore mettendo in chiaro la patogenesi di stati distrofici o di sindromi, che erano fino allora rimaste nell'oscurità impenetrabile.

La prima parte del lavoro del Franzi è un accurato lavoro di sintesi delle idee generali sulla funzione tirodea in sè e nei rapporti con le altre glandule, delle sindromi morbose infantili, che con l'alterata funzione tiroidea hanno rapporto: il lavoro di sintesi è opera difficile anche a chi conosca e segua lo svolgersi delle idee sulle secrezioni interne, e l'A. esaurisce il suo compito con parsimonia e con discernimento.

La parte clinica del lavoro è fatta da una serie di 25 osservazioni in cui il più delle volte la cura opoterapica ha dato ragione all'A. del sospetto clinico sul rapporto tra malattie e tiroide.

La parte sperimentale, che dovrebbe essere continuata nello stesso senso, perchè un numero maggiore di reperti conforti e i risultati dell'A. specie per quanto riguarda il comportamento della tiroide dell'organismo stiroidato nei morbi infettivi, completa il bel volume che dovrà trovar posto nella biblioteca di ogni studioso di endocrinologia e di pediatria.

T. PONTANO.

L. PRON. **Thérapeutique clinique des maladies de l'estomac.** Maloine, Paris. L. 6.

La definizione delle malattie di stomaco non può esser contenuta in una formula clinica nè tanto meno la loro cura sulla somministrazione di medicamenti destinati a supplire ad una deficienza d'acido o a saturare quello in eccesso, o a somministrare i fermenti digestivi presenti in scarsa quantità. Il Pron, che considera come causa di tutti i disturbi dispeptici una iperestesia del plesso solare, basandosi sull'antico concetto del Leven, sostiene che l'indirizzo terapeutico deve essere volto a diminuire questa iperestesia sia con un'adatta igiene alimentare che diminuendo il ristagno dei cibi nello stomaco, che è una delle cause fondamentali di disturbi dispeptici. I disturbi della secrezione per se non meritano speciale attenzione; essi per il Pron non rappresentano mai fenomeni fondamentali nella patogenesi della dispepsia: l'aver dato loro troppa importanza ha fatto sì che la patologia e la terapia gastrica sia stata trovata dai medici così complessa e piena di difficoltà ed incertezze.

Il libro del Pron ha un valore essenzialmente pratico giacchè, accanto a chiare e concise nozioni di fisiologia e patologia, raccoglie tesori di terapia.

P. ALESSANDRINI.

A. COLBY KNOWLTON. **Diabetic Cook Book.** Englewood, New Jersey. Doll. 2.

È una raccolta di 150 ricette per pasti del diabetico, utili se si consideri quanto facilmente i malati di questo genere ad un certo punto si stancano delle rigorose ed uniformi diete.

t. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I Congressi di medicina.

Nell'adunanza di Parma del Consiglio della Federazione degli Ordini dei medici, tenutasi il 26 settembre, fra le questioni apparentemente di minore importanza ne fu sollevata una che merita di essere ampiamente discussa dai giornali medici.

Il presidente prof. Guzzoni richiamò l'attenzione del C. F. sulla moltipliciaà dei Congressi medici che si tengono in sedi ed in epoche lontane l'una dall'altra coll'impossibilità per tutti e specie per i medici pratici di prendervi parte e si chiese se, come ritiene, fosse opportuno e più utile ritornare al vecchio sistema dei Congressi generali. Il C. F. approvò in massima tale concetto e deliberò di studiare l'importante argomento.

L'osservazione così opportunamente fatta dal presidente della Federazione è di quelle su cui è difficile trovare dissenzienti. Proprio in quest'anno (astraendo dal Congresso internazionale di Londra) si può dire che da circa un mese in tutta Italia si tenga una specie di Congresso medico permanente, che però si raduna un po' qua e un po' là per tutto il bel paese; a Parma, a Milano, a Siena, a Torino, a Genova, fra breve a Napoli (1).

Ora, a parte i pochi privilegiati della fortuna e i direttamente interessati per ragione di scuola, chi è fra i medici italiani che può trar profitto di queste riunioni di scienza di cui essi sentono tanto il desiderio? Quanti hanno il tempo e il denaro indispensabili?

È perciò urgente, è necessario che si venga ad una intesa per raggruppare in una sola settimana ed in un solo luogo, che presenti speciali condizioni di comodità, tutti i congressi medici nazionali, scientifici, pratici, professionali, con profitto di tutti, ma specialmente dei modesti medici dei piccoli centri che non possono correre per l'Italia per tutto l'autunno di ogni anno.

I cattolici (che sono maestri di simili organizzazioni) hanno creato le *settimane sociali,* cioè delle riunioni di una settimana in cui raggruppano tutte le adunanze parziali delle loro opere di propaganda sociale.

Noi dovremmo fare qualche cosa di simile, e istituire (ogni due anni, per esempio) le *settimane mediche* in città del centro d'Italia, preparate ad ospitare qualche centinaio di congressisti, e tenere in quella settimana contemporaneamente tutt'i nostri congressi.

La questione deve essere ampiamente discussa dalla stampa medica italiana, la quale è interessata ad essa per l'impossibilità materiale in cui si trova oggi di tener dietro a tutti i congressi disseminati per la penisola; e io mi auguro che la stampa medica possa rendersi benemerita della classe riuscendo (essa che non ha ancora sufficiente autorità in Italia come nelle altre nazioni) a risolvere un problema così interessante.

Doctor CAJUS.

(1) E in un momento di patriottismo fu deliberato persino di tenere in quest'anno il Congresso di medicina interna a Tripoli, ma finora non se n'è sentito più parlare.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso nazionale dei medici ospedalieri ha tenuto le sue assise a Torino sotto la presidenza dei dottori Carducci, Salsotto, Forlanini e Massalongo.

Abbiamo già dato notizia della inaugurazione.

***

Il Congresso inizia i suoi lavori, colla elezione dell'ufficio definitivo di presidenza. Per acclamazione vengono eletti a presidente il prof. Carducci di Roma, a vice presidenti i professori Chiodi di Bergamo, Forlanini di Milano, Massalongo di Verona, Tirelli di Torino; a segretari i dottori San Pietro, Arienti, Sgambati, Vietti e Barbano.

Il prof. Carducci espone la relazione morale dell'Associazione, cui fa seguito la relazione economico-finanziaria per parte del cassiere dottore Sgambati.

Il Congresso approva la proposta del dott. Forlanini « sulla propaganda antitubercolare negli ospedali », facendo voti per la creazione di una coscienza igienica negli ammalati e per la istituzione in tutti gli ospedali di musei ambulanti della tubercolosi.

Il dott Orlandi di Padova presenta il regolamento della Sezione Padovana, che dopo breve discussione viene approvato.

Il prof. Vignolo-Lutati svolse il tema: « Quali i titoli nella carriera ospitaliera, quali i giudici », in seguito al quale viene approvato l'ordine del giorno Ferrari:

« Il Congresso fa voti che le Commissioni giudicatrici dei concorsi a primari degli ospedali siano composte esclusivamente di medici ospitalieri ».

Il dott. Sgambati, a nome del dott. Sforza di Roma, svolge il tema: « Necessità di uno *stage* ospitaliero obbligatorio per i laureandi in medicina ».

La discussione, cui partecipano vari congressisti, si chiuse con l'incarico alla presidenza generale di Roma di nominare una Commissione per lo studio e l'attuazione della proposta Sforza.

Il dott. Pezza di Mortara tratta il tema: « Assicurazione dei medici ospitalieri contro gl'infortuni incontrati in servizio ». Si emette il voto che le Amministrazioni ospitaliere provvedano all'assicurazione stessa.

Il dott. Arienti informa che esiste la minaccia di una prossima trasformazione dell'ospedale di Pavia in Istituto clinico, con soppressione delle sezioni ospedaliere: in seguito a questa comunicazione, il Congresso approva due ordini del giorno del dott. Arienti stesso, facendo voti che sia limitata la clinicizzazione (sic) di detto ospedale e degli ospedali in genere al puro necessario.

Il prof. Fantino espone la relazione « sulla convenienza che in ciascun ospedale un membro del personale sanitario eletto dai medici stessi, assista alle riunioni del Consiglio amministrativo con diritto di discussione e voto consultivo ».

Il Congresso delibera: 1° che venga in ogni ospedale costituito un Collegio sanitario nel quale siano rappresentate tutte le categorie di medici ospedalieri; 2° che un rappresentante di questo Collegio, nominato dai colleghi di anno in anno, con possibilità di riconferma, prenda parte alle discussioni del Consiglio d'amministrazione, unitamente al direttore dell'ospedale, là dove esiste; 3° che l'uno e l'altro abbiano in detto Consiglio amministrativo voto consultivo.

Il prof. Orlandi vorrebbe che il Congresso esprimesse un voto per « miglioramenti economici al Collegio degli orfani dei sanitari di Perugia », e presenta un ordine del giorno che viene approvato.

Il dott. Arienti riferisce sul « dovere dello Stato per l'istruzione del personale di assistenza diretta del malato ». Dice che fu già dimostrata la maggiore attitudine della donna al servizio di infermeria. È però necessario che lo Stato istituisca vere scuole per infermiere e proponga alle Amministrazioni di assumere al servizio solo le infermiere fornite del relativo diploma di abilitazione. Queste scuole siano annesse agli ospedali di una certa importanza. La relazione del dott. Arienti dà luogo a viva discussione, cui partecipano i dottori Orlandi, Cova, Favari, Malan, Maragnani, Badini, Fantino e si approva l'obbligatorietà dello Stato alla creazione di scuole per infermiere e il dovere delle Amministrazioni ospitaliere di assumere personale d'assistenza diretta diplomato.

Il dott. Sartirana presenta una relazione « sull'ospedalizzazione degli ammalati di chirurgia negli ospedali di provincia »: il Congresso plaude allo studio del dott. Sartirana e ne approva pienamente i concetti, facendo voti che gli ospedali di provincia rispondano sempre meglio al loro scopo di un ben inteso decentramento degli ammalati di chirurgia.

Il Congresso chiude i suoi lavori occupandosi largamente della organizzazione dell'Associazione Nazionale dei Medici ospedalieri e dei mezzi tecnici e finanziari per renderla sempre più vitale e fiorente; ed approva a tale uopo un ordine del giorno presentato dai dottori Favari, Arienti, Massalongo e deliberando il prossimo VII Congresso dell'Associazione l'anno venturo a Venezia.

Il dott. Salsotto, presidente del Congresso, rivolge vivi ringraziamenti ai convenuti ed alle Amministrazioni ospedaliere di Milano, che sole in Italia vollero aderire al Congresso. Calde e cordiali parole di ringraziamento pronunziano pure il prof. Boccasso, a nome dell'Ordine dei medici di Torino, ed il prof. Forlanini, a nome dei medici delle altre sezioni, inneggiando, riconoscenti, all'ospitalità torinese, alla buona riuscita del Congresso e rivolgendo ancora un deferente saluto al sindaco di Torino.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4081). *Ufficiale sanitario - Nomina.* — Il Dott. A. A. da C. desidera conoscere se il Prefetto per togliere al medico condotto l'incarico di ufficiale sanitario debba sentire il parere del Consiglio provinciale di Sanità e se per procedere alla nomina del nuovo ufficiale sanitario occorra egualmente il parere del detto consesso.

Per scindere le due cariche di medico condotto e di ufficiale sanitario non occorre il preventivo parere del Consiglio provinciale di Sanità. La nomina dell'ufficiale sanitario può avvenire per concorso e per riconoscimento dell'acquisito diritto di stabilità: in questo secondo caso occorre il preventivo parere del Consiglio provinciale sanitario.

(4083). *Telefono per le chiamate - Mezzi di trasporto.* — Il Dott. A. S. da T. chiede conoscere se non avendo egli diritto a mezzi di trasporto possa opporsi allo impianto del telefono che una frazione intende per le chiamate impiantare col capoluogo e se possa, in ogni caso, pretendere il mezzo gratuito di trasporto.

Non si ha il diritto di opporsi allo impianto del telefono, che è di pubblico e generale vantaggio, per solo scopo personale, nè si ha diritto di chiedere il mezzo gratuito di viaggio, se la prestazione di esso non sia espressamente sancita dal capitolato. A mezzo del telefono Ella potrà nei singoli casi farsi dare ragguagli precisi dai richiedenti sui principali sintomi del male per giudicare secondo la propria scienza e coscienza se sia o meno il caso di accesso immediato o sollecito.

(4084). *Pensioni - Ufficiale sanitario.* — Il Dott. X chiede conoscere se il proprio fratello, che è ufficiale sanitario in un Comune possa, conservando tale sua qualità e rimanendo iscritto alla Cassa pensioni, prestar servizio di condotta in un altro e se possa cumularsi il servizio di medico condotto con quello di ufficiale sanitario agli effetti della pensione.

Non è possibile mantenere la carica di ufficiale sanitario quando si eserciti la condotta medica in Comune diverso. Le mansioni dell'ufficiale sanitario sono tali che non consentono l'allontanamento o, come nel caso, addirittura l'assenza assoluta del funzionario sul posto. Stando alla letterale interpretazione della legge non sembra consentito il cumulo del servizio di medico condotto con quello di ufficiale sanitario agli effetti della pensione.

(4085). *Concorsi.* — Il Dott. R. S. da P. espone che banditosi un concorso per un posto di condotta, la Commissione giudicatrice dei titoli rilevando che due dei tre concorrenti possedevano titoli eguali od equipollenti con lieve preminenza di uno di essi sull'altro decise invitare tutte e tre ad un esperimento clinico. Esaurito questo e formulato il giudizio definitivo, il Consiglio Comunale votò scheda bianca pel primo classificato ed annullò il concorso. Tale deliberazione divenne esecutoria per decorrenza di termini. Chiede conoscere se l'annullamento fu legale; se a lui spettasse la nomina, se avendo ricorso al Consiglio di Stato possa sperare vittoria e se possa iniziare giudizio per danni.

Secondo noi occorre distinguere la prima dalla seconda fase del concorso. Quest'ultima è completamente nulla perchè l'esame clinico non era previsto nello avviso di concorso e non è consentito alla Commissione giudicatrice variare a suo piacimento i termini e le condizioni del relativo bando. Dalla nullità della seconda fase non deriva però anche quella della prima, la quale può stare da sè e può formare la base di una idonea graduatoria, sulla quale possa pronunziarsi il Consiglio Comunale. Epperò rileviamo che al Consiglio di Stato debba chiedersi l'annullamento della sola parte relativa alla prova pratica col rinvio degli atti di bel nuovo alla Commissione perchè in base allo esame dei soli titoli esibiti da candidati formuli giudizio definitivo a norma di legge. Il Consiglio Comunale ha illegalmente operato dichiarando la nullità del concorso, mentre esso è perfetto e completo fino alla sua prima anzidetta fase. Il ricorso, quindi, troverà, secondo noi favorevole accoglimento mentre per qualsiasi eventuale azione giudiziaria per danni sarà opportuno attendere la decisione del Consiglio di Stato.

(4087). *Stipendi - Pagamento.* — Al Dottor G. D'A da C. rispondiamo che non avendo ancora potuto ottenere, malgrado tutte le pratiche sin qui esperite, il pagamento degli stipendii che avanza dal 1° gennaio, non resta che citare il Comune dinanzi l'autorità giudiziaria.

(4088). *Dimissioni - Preavviso.* — Il Dottor P. A .da V. chiede conoscere se nulla disponendo in proposito il capitolato, possa dare le proprie dimissioni senza alcun preavviso.

Se il capitolato non contiene alcuna disposizione speciale, le dimissioni possono essere date sempre che si voglia e senza preavviso, accordando solo al Comune un determinato lasso di tempo per impegnare altro sanitario, sia pure interino.

(4089). *Distribuzione di medicinali - Armadio farmaceutico.* — Il Dott. A. A. da C. E. desidera conoscere se, in mancanza di farmacia, possa egli distribuire medicamenti agli infermi sia poveri che agiati e se dell'armadio farmaceutico possano usufruire anche gli abbienti.

Ai medici è vietato, sempre e per qualsivoglia causa l'esercizio della farmacia, ed anche la semplice distribuzione di medicinali agli infermi. Qualora Ella fosse chiamato alla direzione dello istituendo armadio farmaceutico, non potrebbe esimersi dal dare medicinali anche agli abbienti.

(4090). *Interino - Abbandono del servizio.* — Il Dott. P. M. da V. chiede conoscere se avendo per obbligo contrattuale come interino quello di lasciare la condotta il 5 novembre, possa abbandonare il servizio sin dal 1°, preavvisandone, come ha già fatto il Comune.

Il contratto costituisce legge fra le parti e non si possono variare le condizioni in esso stabilite che per mutuo consenso. Quindi se il Comune si oppone a che Ella lasci il servizio il 1° novembre deve rimanere in carica fino al termine della capitolazione, e ciò allo scopo di evitare eventuale azione per danni, che potrebbe intentare il Comune.

(4091). *Esumazioni - Eventuali compensi dell'ufficiale sanitario.* — Il Dott. C. T. da B. desidera conoscere se chiamato ad assistere esuma-

zioni ordinarie di cadaveri abbia diritto a compenso e quale.

L'assistenza alle esumazioni ordinarie e straordinarie è richiesta dall'interesse generale della salute pubblica e non da quello privato delle parti. Nessun compenso può essere quindi, richiesto per tale operazione.

(4092). *Pensioni.* — Al Dott. F. G. da N. rispondiamo che la visita medica collegiale agli effetti della pensione può essere fatta nella stessa provincia e preferibilmente presso uno ospedale militare. In mancanza, da apposita commissione nominata dal Medico provinciale e da esso presieduta. Può essere corrisposto l'onorario di 10 lire a membro.

(4093). *Certificati per emigrazione.* — Il Dottor A. I. da M. desidera conoscere se i certificati di immunità di malattie specialmente oculari richiesti a scopo di emigrazione debbano essere rilasciati dal medico condotto o dall'ufficiale sanitario.

Non trattandosi di certificati attestanti lo stato generale della pubblica salute in determinata località, ma di certificati attestanti lo stato sanitario speciale di determinati individui, il rilascio spetta al medico condotto anzichè all'ufficiale sanitario.

(4094). *Pensioni.* — Il Dott. F. A. da P. desidera conoscere se sia permesso pagare in una sol volta i contributi di tre o quattro anni di servizio futuro e di ritenerli come già fatti agli effetti della pensione, in modo da poter liquidare nel 1914 la pensione che potrebbe spettargli nel 1918.

Non è possibile fare quello che Ella dice perchè la pensione si liquida sul servizio fatto e non su quello da fare. Il danno della Cassa è evidentemente perchè liquida oggi a Lei favore una pensione che potrebbe anche non competerle, se nel frattempo, acquistassero, invece diritto gli eredi.

(4095). *Premio Speranza.* — Al Dott. O. D. S. da C. rispondiamo che se la Commissione del concorso pel premio Speranza lo escluse per violazione del segreto sul nome dell'autore, è da ritenere che tale condizione sia stata indicata nel relativo bando. Forse nel giornale politico da lui letto non si faceva cenno di tale esplicita condizione per semplice brevità, rimandando, come si suole, all'autorità che ha bandito il concorso per altri chiarimenti. Del resto su di un brano di giornale politico, che, per giunta ora non più non possiede, non si può basare un ricorso alle sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ANCONA. *Ospedale civile Umberto I.* — Cercasi assistente preferibilmente con laurea di data recente. Stipendio 1080 lorde; qualche incerto; vitto tutt' i giorni, alloggio con biancheria, illuminazione, riscaldamento. Nomina per un biennio, dopo un mese, e con servizio un anno di medicina e un anno di chirurgia. Scrivere al direttore.

BELLEGRA (*Roma*). — Medico chir. condotto; L. 2582.70 pei poveri, L. 1291.30 per gli abb., L. 100 per le mansioni di U. S., lorde; due sessenni. Ab. 2389. Scad. un mese dal 6 ott.

BIANDRONNO (*Como*). — Consorzio con Bardello e Bregano; L. 3875 aum.; ab 3355. Scad. 31 ott.

BRIOSCO (*Milano*). — Medico consorziato con l'Ospedale Annoni; L. 3600, alloggio, luce e riscaldam., condotta piena, ab. 3244. Scad. 28 ott.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*).—Condotta ; L. 3700; in corso d'approvazione L. 4000; cura poveri; ab. 2721. Scad. 31 ottobre.

CASALVOLONE (*Novara*). — Condotta; kmq. 16.95; ab. 2061; per la generalità L. 3500, oltre L. 200 quale U. S., L. 300 indenn. alloggio, L. 300 indennità mezzi di trasporto, L. 250 cura lavoratori temporaneamente immigrati. Scad. 31 ott.

CASTEL BOGLIONE (*Alessadria*). — Medico per i soli poveri; L. 1500; aument., L. 100 quale U. S. e L. 100 per a. f. Scad. 25 ottobre.

CASTELMADAMA (*Roma*). — A tutto 10 nov. concorso a una delle due condotte; L. 2500 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 quale U. S., al netto di R. M. Servizio entro 10 giorni.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dicembre.

CORNETO TARQUINIA (*Roma*). — Condotta medica residenziale; L. 2400 lorde e tre sessenni; allog. e indennità di L. 300 dall'Ospedale Municipale; tariffa speciale per gli abbienti. Scad. 22 ott.

CORNETO TARQUINIA (*Roma*). — Condotta chirurgica residenziale; L. 4000 lorde e tre sessenni; tariffa speciale per gli abbienti. Scadenza un mese dal 22 sett.

CREMA (*Cremona*). *Ospedale Maggiore.* — Medico-chirurgo-ostetrico assistente; L. 1400 lorde (col 1° genn. la tassa di R. M. viene sostenuta dall'Opera Pia) e L. 6 per ogni guardia notturna. Servizio entro 8 giorni. Nomina biennale. Scad. 31 ottobre.

FACCIANO (*Lecce*). — Condotta; L. 2000 per i poveri e 750 per gli agiati; L. 250 se U. S., lorde. Servizio entro 15 giorni. Scad. un mese dal 30 settembre.

* FERMO (*Ascoli Piceno*). — Condotto per la generalità; L. 4250 lorde, compreso compenso cavalc., L. 100 quale U. S. Scad. 30 ottobre.

FIRENZE *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto di medicina e Aiuto del turno elettroterapico; carica e conferma bien-

nali; titoli ed esami; biennio di servizio effettivo in ospedali o cliniche. L. 1800 con ritenuta di R. M. Tre medici chirurgi assistenti, nomina e conferma biennali, età massima 28 anni, L. 1200 con ritenuta di R. M. Documenti alla Segreteria entro le ore 17 del 31 ott.

GIUNGANO (*Salerno*). — Al 31 ottobre concorso a medico-chirurgo; L. 1500 per i poveri e L. 1000 per gli abbienti. Età non superiore ai 40 anni.

*GRADISCA (*Austria-Ungheria*). — *La Cassa distr. per ammalati* ha aperto il concorso a un posto di medico colla sede a Cormons. Contemporaneamente l'Associazione libera dei medici di Gorizia-Gradisca invita i colleghi a non concorrere per ora al predettto posto.

LUGO (*Ravenna*). *Ospedale Umberto I.* — Assistente per la sez. medica; L. 1650 annue lorde, alloggio (risc. ed illum.) e prima colazione. Concorso per titoli. Nomina biennale. Scadenza 31 ottobre. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di carità.

*MACUGNAGA. (*Novara*). — Condotta; kmq. 5; ab. 769; lorde L. 2000 per 100 poveri circa e L. 1400 per gli abbienti. L. 200 quale U. S. e L. 200 per l'a. f. Alloggio. Scade 31 ott.

MENDRISIO (*Svizzera*). *Manicomio Cantonale.* — Secondo medico assistente; vedi fasc. 41. Scad. 31 ottobre.

MILANO. *Sanatorio Umberto I in Trevisio (Valtellina).* — Medico assistente; L. 2400 pel primo, L. 2800 pel secondo anno, vitto ed alloggio. Rivolgersi alla Presidenza dell'Opera Pia in Milano, via Foro Bonaparte, n. 61. Scad. 31 ott.

MONTALCINO (*Siena*). — Due medici per la cura gratuita agli abitanti di Torrenieri e S. Angelo in Colle; L. 3100 lorde ciasc., obbl. a. f.; il secondo ha l'obbligo di una visita settimanale a Camigliano; L. 400 ciasc. per la cav. Scad. 15 nov.

* MONTE URANO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 30 ottobre condotta; L. 4000 lorde, di cui due terzi pei poveri; assicurazione; non obbl. cav.; ambulatorio e ospedale. I sanitari sono due. Accettazione entro 8 giorni, assunzione del servizio entro 30.

MONTICHIARI (*Brescia*). — Condotto per poveri; L. 2500 lorde, 3 sessenni e L. 650 per obbligo cav. Scad. 4 novembre.

MONTOTTONE (*Ascoli Piceno*). — M. condotto per la generalità; L. 4250 lorde compresevi indennità cavalc. e compenso quale U. S. Scad. 30 ottobre.

MORLUPO (*Roma*). — Condotto; L. 4000, cura piena, L. 100 quale U. S.; non più di 40 anni. s. e. r. Scad. 30 ottobre.

* OCCHIOBELLO (*Rovigo*). — Medico pel 1° riparto; L. 4800 lorde compresavi indennità cavalc., 3 sessenni e L. 200 se eletto U. S., ab. 2900 circa dei quali 1100 sparsi. Scad. 31 ottobre.

* OLEVANO ROMANO (*Roma*). — Due condotte; lorde L. 2200 quota poveri, L. 1150 quota facoltativa abbienti, due sessenni, L. 50 all'U. S. Scad. 40 giorni dul 1° ott.

PERETO (*Aquila*). — A tutto il 15 nov. condotta piena a L. 3500 pei poveri, L. 300 per gli abb., L. 200 quale U. S., lorde; un anno in ospedali dopo la laurea o due di condotta come titolare o tre di esercizio libero.

PERLEDO (*Como*). — Medico-chirurgo; L. 3000 nette, aument., cura piena. Scad. 20 ottobre.

PERUGIA. *Università Libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PESARO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale di S. Salvatore; L. 5000 lorde e sessennio. Nomina annua, poi stabilità. Quattro anni di servizio chirurgico. Documenti da inviare mediante piego raccomandato con ricevuta di ritorno alla segreteria entro le ore 16 del 3 nov.

PETTINEO (*Messina*). — Condotto; L. 2800 nette, non più di 40 anni, s. e. r. 2 anni servizio ospedali o condotte. Ab. 2976. Scad. 30 novembre.

PODENZANA (*Massa Carrara*). — Abitanti 2000. Vacante condotta medica, tutta cura. L. 4000 lorde. Scadenza 21 corrente.

*PREDAPPIO (*Forlì*). — Medico chirurgo; L. 3300 lorde e 3 sessenni, cura 550 poveri circa e L. 700 per obbl. cavalc. Scad. 31 ottobre.

RICIGLIANO. (*Salerno*). — Medico per la generalità; L. 2600. Scad. 25 ottobre.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 32 tenenti medici effettivi tra i tenenti e sottotenenti medici di complemento del R. Esercito; L. 2400 oltre L. 200 d'indennità di arma. Scad. 31 ott. Età massima 30 anni al 23 sett. (Rivolgersi all'Ispettorato di Sanità).

ROVERE VERONESE (*Verona*). — Medico condotto; L. 6000. Scad. 31 ottobre.

*SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Medico per la generalità della frazione Palazzone; L. 3000 lorde compresevi indennità cavalc. ed a. f.; 3 sessenni; non più di 40 anni s. e. r.; ab. 960. Scad. 10 novembre.

TREVIGLIO (*Bergamo*) *Ospedale Santa Maria.* — Medico primario Direttore; L. 3000, casa ed uso acqua potabile. Aiuto di chirurgia; L. 2000, abitazione nell'interno dell'Ospedale, illuminazione, acqua potabile, bucato, riscaldamento e servizio oltre il 10 per cento sulle tasse chirurgiche degli ammalati a pagamento. Non più di 40 anni per entrambi. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 ott.

TRIESTE. *Ospedale della Maddalena.* — A tutto il 20 corr. è aperto il concorso al posto di medico assistente. Il titolare viene nominato per un triennio col carattere d'impiegato provvisorio. È

assegnato l'onorario di annue cor. 1900 e l'indennizzo fisso di vettura di annue cor. 400. Il medico assistente è obbligato ad alloggiare nello stabilimento e non può avere altri impegni con orario fisso senza il consenso della Giunta municipale. Istanze documentate al Magistrato civico di Trieste. (Cittadinanza austriaca).

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti ospedalieri e di beneficenza.* — Direttore sanitario dell'Ospedale Civile; vedi fasc. 40. Scad. 10 nov.

UGGIATE (*Como*). — Consorzio con Gaggino, Tredano, Ronago, Camnago; abitanti 4007; stipendio 4700 più 400 indennità mezzo trasporto, tre aumenti sessennali. Scadenza 25 ottobre; chiedere nota documenti Ufficio Comunale Uggiate.

VAILATE (*Cremona*). — Medico chir. residenziale; L. 3500 al netto di R. M., due sessenni. Ab. 3450 dei quali circa 3100 considerati poveri. Non obbligo mezzo di trasp. Incarico U. S. e direzione ospedale Caimi. Il territorio com. è considerato zona malarica. Assunz. posto entro 15 giorni. Scad. 30 nov.

*VALENTANO. (*Roma*). — Medico; L. 4600 lorde, cura piena, L. 200 quale U. S. e 3 sessenni; ab. 3189 dei quali 2146 nel centro. Scad. 19 ott.

VERCELLI (*Novara*). — Presso la *Scuola ostetrica pareggiata* Assistente; L. 1180 nette con l'obbligo di pernottare e risiedere nell'ospedale maggiore ove ha sede la scuola e disimpegnare ufficio assistente presso sezione maternità; non più di 30 anni, titoli ed esami, documenti al Rettore della R. Università di Torino. Scad. 10 novembre.

*VERTENEGLIO (*Istria*). — Il Municipio ha aperto il concorso ad un posto di medico comunale con condotta piena e coll'emolulemento annuo di cor. 5000. Armadio farmaceutico. (Cittadinanza austriaca).

VOLVERA (*Torino*). — Medico; L. 1600, L. 100 quale U. S., alloggio e giardino. Scad. 25 ott.

GENOVA. *R. Clinica medica.* — Sei posti di assistente, senza stipendio, pel 1913 914 equiparati a quelli di nomina ministeriale. Due di essi saranno destinati ai vari laboratori di microscopia e batteriologia clinica, a quello sperimentale, di chimica clinica, di radiologia, elettricità, ecc. Due avranno mansioni esclusivamente cliniche, visita e studio degli ammalati, redazione delle storie cliniche, indagini diagnostiche, in modo da avere una buona preparazione per la pratica professionale. Gli altri due avranno mansioni miste di clinica e di laboratorio, e a questi incombe l'obbligo delle più fini indagini scientifiche, di lavori metodici, in modo di ottenere la preparazione sufficiente per conseguire titoli accademici; e perciò sarà data per questi la preferenza a coloro che provengono da Istituti scientifici, specialmente di fisiologia, di patologia generale, di anatomia patologica, o di altri Istituti. Le domande devono essere indirizzate in carta libera, prima del 5 novembre 1912, al senatore prof. Edoardo Maragliano, Genova. In esse devono essere scritti sommariamente i servizi prestati sia negli Ospedali o in Istituti scientifici o in pratica privata; la data della laurea, e indicare a quale dei tre gruppi il candidato desidera essere assegnato. Alla fine d'anno sarà rilasciato uno speciale diploma, attestante il servizio prestato.

Medico trentenne lungo servizio clinica Ospedali di Roma, assumerebbe subito interinato preferibilmente servizio Ospedale oppure condotta, disposto concorrere soddisfacendo condizioni.

Offerte libretto postale riconoscimento 09,358. Roma.

Medico-chirurgo assumerebbe anche subito interinato o supplenza di qualunque durata nell'Italia Centrale o Settentrionale. Proposte fino al 25 corrente: libretto riconoscimento 142,796, posta, Perugia.

Medico attivissimo, ottimi requisiti Ospedali, Condotte, accetterebbe subito buon interinato, supplenze, senza campagna, Italia centrale. Per eventuali proposte scrivere, indicando condizioni, Farmacia Conti, Tivoli (Roma).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Valentano (Roma), Acquasanta (Ascoli Piceno), Staletti (Catanzaro), Occhiobello (Rovigo), Civita d'Antino (Aquila).

Revoca di diffida: Morlupo (Roma), Vailate (Cremona), Magisano (Catanzaro), Taino (Como), Frassinelle (Rovigo).

Ci si comunica:

« La Sezione dell'A. N. dei M. C. di Civitacastellana avverte che in seguito ad accordi intervenuti nella compilazione del Capitolato per la condotta medico chirurgica di Morlupo (Roma) ne è revocata la diffida ».

FILADELFIA. *Premio Alvarenga.* — Il Collegio dei medici mette a concorso questo premio, di circa dollari 180, per lavori compiuti in qualunque ramo della medicina e non ancora pubblicati.

I dattiloscritti, in inglese o corredati della traduzione inglese, debbono pervenire non oltre il 1° maggio 1914 al segretario (Thomas R. Neilson, M. D., secretary of the College of Physicians, Philadelphia, S. U. d'A., 19 South 22nd Street).

Non porteranno la firma ma un motto e saranno accompagnati da una busta chiusa contenente il nome dell'autore.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Al dott. cav. Coloridi bey di Alessandria è stata conferita la nomina di uffiziale della Corona d'Italia. Il nostro esimio concittadino presta la sua opera presso la nostra colonia quale medico della Beneficenza; copre numerose funzioni presso le amministrazioni locali, internazionali e miste; ha organizzato nell'Egitto il primo plotone di « cacciatori italiani » (boy scouts), quale presidente della sezione alessandrina dell'Istituto nazionale di educazione fisica. È un efficace e benemerito assertore d'italianità.

CATANIA. — Il prof. Longo Antonino è nominato straordinario di clinica pediatrica.

GENOVA. — Il prof. Maragliano Dario Vittorio è nominato strardinario di elettroterapia e radiologia medica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Per l'unificazione delle scuole degli infermieri e delle Scuole per levatrici.

Chiamato in causa dalla cortesia dell'amico dott. Pugliesi (vedi *Il Policlinico*, sez. prat., fasc. 40, p. 1464) dichiaro che sono perfettamente d'accordo con quanto scrisse il collega sulla fondazione di un'unica scuola per levatrici ed infermiere. Già nel 1905 all'Ordine dei medici di Venezia presentai una relazione sul miglioramento morale della classe degli infermieri e delle levatrici e proposi due ordini del giorno approvati dall'assemblea. Tali ordini del giorno vennero trasmessi anche al Consiglio Federale degli Ordini, ma non ebbero seguito. Non abbandonai l'idea, che sempre mi stette a cuore, e pubblicai qualche articolo nel Bollettino della Camera sanitaria di Venezia ed anche in un giornale politico (*L'Adriatico*).

Io sono convinto che con l'istituzione di scuole con programmi seri e completi per la formazione di infermiere-levatrici, ne guadagnerebbero prima di tutti ed i malati e le gestanti, e ne avvantaggerebbero le levatrici che con una più completa istruzione, avrebbero anche un campo più vasto di attività professionale e quindi anche un miglioramento morale e materiale.

Non mi dilungo di più per non ripetere quanto venne già pubblicato, ma vorrei spingere tutta la classe medica, specialmente quella ospedaliera, ad occuparsi dell'argomento, facendo pressioni sui pubblici poteri, affine di togliere gli ammalati degli ospedali da un' assistenza infelice, molto mercenaria ma poco umanitaria.

A. DIAN.

NOTIZIE DIVERSE

L'assicurazione contro le malattie e la piattaforma elettorale.

Nel discorso dell'on. Nitti ai suoi elettori è stato discusso ampiamente il problema delle assicurazioni sociali cui aveva già accennato l'on. Giolitti.

L'on. Nitti ha ricordato l'impegno assunto dal Governo di presentare al Parlamento proposte legislative per la riforma dell'attuale legge sugli infortuni e per l'estensione di essa ai contadini. Ha poi riconosciuto la necessità di provvedere prossimamente, sull'esempio di altri paesi, all'assicurazione contro le malattie.

Anche l'on. Luzzatti aveva dichiarato matura questa riorganizzazione dell'assistenza sanitaria.

Invece l'on. Sonnino propone le pensioni per la vecchiaia.

La classe sanitaria ha il dovere di collaborare attivamente in queste riforme, così da prepararle invece di subirle.

I Congresso Nazionale dei Medici specialisti.

Nei giorni 22 e 23 del prossimo novembre avrà luogo in Napoli questo Congresso promosso dalla Associazione professionale dei Dermatologi italiani. Vi hanno dato la loro piena adesione di simpatia e d'incoraggiamento le più spiccate personalità e illustrazioni della scienza e della pratica.

L' importanza di questo Congresso non può sfuggire a chiunque consideri quanto sia arbitrario ed abusivo il titolo di specialista, che non di rado si attribuiscono medici sprovvisti di una severa preparazione, e come sia necessario avvisare ai mezzi che debbono infrenare questi abusi, e offrire garanzia di merito nell'interesse del pubblico e pel maggiore decoro dell'arte sanitaria.

Aderirono a far parte del Comitato d'onore i professori Angelucci, Morelli, i senatori professori T. De Amicis, P. Foà, L. Mangiagalli. Presiede il Comitato ordinatore, costituitosi in Napoli per preparare il I Congresso, l'on. prof. Pietravalle, deputato al Parlamento.

Le adesioni al Congresso, insieme con la quota di lire 10, si mandano al signor dott. Gaetano Mendozzi, Vico Neve a Materdei, n. 3, Napoli.

IV Congresso dell'Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani.

Il IV Congresso di questa Associazione avrà luogo in Napoli nei giorni 20 e 21 del prossimo novembre, immediatamente prima di quello dei Medici specialisti, i quali, per iniziativa dell'Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani, si riuniscono ora per discutere dei loro interessi e costituire una Federazione nazionale.

I soci che volessero fare delle comunicazioni sono pregati di inviare il titolo non oltre il 1° novembre p. v. al segretario dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69, Roma.

Per i ribassi ferroviari chiedere i documenti al dott. Gaetano Mendozzi, Vico Neve a Materdei, n. 3, Napoli.

Congresso italiano di laringologia, otologia e rinologia.

Per la coincidenza delle elezioni generali politiche colla riunione della Società italiana di laringologia, otologia e rinologia, l'ufficio di presidenza ha ricevuto domanda da molti soci, che non potrebbero intervenire, per un rinvio della riunione stessa. Aderendo a questo desiderio, la prossima riunione è stata trasportata ai giorni 11, 12, 13 novembre.

Per qualsiasi informazione rivolgersi all'ufficio di presidenza (presidente F. Putelli; segretario F. Brunetti: Calle Ridotto, 1389, Venezia).

Il V Congresso internazionale per l'assistenza degli alienati

avrà luogo a Mosca dall'8 all'11 gennaio 1914.

Il Comitato internazionale permanente, nella sua riunione di Roma, tenuta sotto la presidenza del prof. Tamburini, ha stabilito il programma ufficiale del Congresso, che comprende sei relazioni. I nomi dei relatori sono stati designati solo provvisoriamente.

La corrispondenza relativa alle relazioni ed alle comunicazioni dovrà essere indirizzata al segretario, dott. Cettline, Krassnoselskaïa, 3, Mosca.

Tesoriere del Comitato organizzatore è il dottor Dounéièff, Mosca, Asilo Préobrajensky. La quota è di 25 franchi.

Al Congresso sarà unita un'esposizione.

Congresso internazionale d'ingegneria sanitaria.

Si è adunato negli scorsi giorni a Milano nel palazzo Marino. Gl'ingegneri italiani hanno preso larga parte ai lavori.

Al Congresso dei medici tedeschi

tenutosi testè a Vienna il prof. G. Mingazzini di Roma ha parlato applauditissimo sui progressi della scienza neuropatologica. L'illustre clinico è stato acclamato presidente onorario della sezione di neuropatologia.

Corsi di perfezionamento.

La « Freie Organisation für die medizinischen Kurse an der k. k. Universität in Wien » pubblica, in tedesco, inglese e francese, un elenco di corsi, conferenze e dimostrazioni cui possono assistere i medici a scopo di perfezionamento nell'anno scolastico 1913-14 nella facoltà medica di Vienna. Coloro cui interessa potranno ottenere l'opuscolo rivolgendosi alla casa editrice (Arztliche Fortbildungskurse, etc.: Urban u. Schwarzenberg, 1914; Berlin, N., Friedrichstrasse 1056; Wien, Maximilianstrasse 4).

Le lezioni dei liberi docenti.

Il ministro della P. I., on. Credaro, ha sottoposto al Consiglio di Stato il seguente quesito:

« Se nella liquidazione annuale delle quote « dovute ai privati docenti per le iscrizioni ai « loro corsi, possa considerarsi come "giustificato « motivo" (ai sensi dell'art. 91 del regolamento « generale universitario) il fatto di non essere « stata la lezione effettivamente impartita per « l'assoluta mancanza di alunni nel corso ».

Il Consiglio di Stato, in seguito a molte ed elaborate considerazioni, ha opinato che una completa diserzione degli studenti dai corsi liberi non potrebbe essere ricondotta che ad una di queste due cause: o il carattere fittizio delle iscrizioni, il quale deve essere sufficiente, quando si rilevi, a togliere alle iscrizioni stesse ogni effetto; ovvero l'incapacità dell'insegnante, che non ha saputo assicurare la frequenza degli studenti, facendo così venir meno lo scopo per il quale si giustifica la retribuzione dei corsi liberi, e stabilendo un fatto imputabile all'insegnante stesso. Ed in seguito ad altre considerazioni, ha ritenuto che le lezioni non impartite dal privato insegnante per assenza assoluta di alunni che si presentino ad ascoltarlo, non devono essere tenute in conto agli effetti della liquidazione delle quote all'insegnante stesso dovute, a meno che l'assenza possa essere giustificata da motivi specifici, riconosciuti, come di regola, dal rettore, udito il Consiglio accademico a norma dell'articolo 91 del regolamento generale universitario.

Il ministro Credaro accogliendo il suesposto parere del Consiglio di Stato ha diramato una circolare in questo senso ai rettori d'Università e ai capi d'Istituti superiori affinchè sia provveduto in conformità, a cominciare dal prossimo anno scolastico 1913-14.

I tenenti medici di marina.

Il Ministero della marina comunica: Qualche medico esente dal servizio militare ha sollecitato l'ammissione al concorso ora bandito per la nomina a tenente medico in servizio attivo nella regia marina. Per le tassative disposizioni della legge 29 giugno 1913 sui corpi militari della regia marina, i tenenti medici effettivi debbono trarsi per concorso dai tenenti e sottotenenti medici di complemento. Si prevede però che non tutti i posti messi ora a concorso saranno coperti ed in tal caso verrà indetto, a termini sempre della citata legge, un nuovo concorso fra i medici civili che non hanno l'obbligo di leva, per completare il numero dei tenenti medici effettivi occorrenti alla regia marina.

Il Sanatorio antimalarico della provincia di Roma.

Nella stagione estiva sono stati curati nel sanatorio di Rocca di Papa oltre un centinaio di bambini malarici ossia il doppio dello scorso anno. Tutti hanno riportato impareggiabili benefici: il loro peso è aumentato in media dai 2 ai 5 chilogrammi, hanno riacquistato forza, colore, gaiezza, in una parola hanno agguerrito fortemente il loro organismo.

L'esito felicissimo sempre conseguito nei tre anni da che funziona il sanatorio di Rocca di Papa, incoraggia l'Associazione nella sua nobile intrapresa, ed essa confida che i bimbi e le famiglie di Roma, e gli scolari di tutta Italia vorranno sempre più efficacemente aiutarla col tradizionale dindarolo e con oblazioni affinchè possa estendere i suoi benefici ad un numero maggiore di bimbi delle nostre campagne così bisognevoli di assistenza.

Per l'ospedale di Casal Monferrato.

L'Amministrazione dell'ospedale degli infermi di Casale Monferrato ha accolto le conclusioni della Commissione esaminatrice sull'esito del concorso per la costruzione del nuovo ospedale; furono le seguenti: 1° « Alfa et Omega » dell'in-

gegnere Domingo Tabbò e cav. Riccardo Haupt di Genova; 2° « Ape », dell'architetto ing. Archimede Massara di Novara; 3° « Xendochia », dell'architetto Arrigo Cantoni di Milano. I premi sono di lire 5000 al primo e di lire 2000 al secondo ed al terzo.

Lasciti di beneficenza.

Il pubblicista cav. Federico Musso, morto a Torino, ha lasciato all'Ospedale di S. Giovanni (ove era solito recarsi quotidianamente per le sue funzioni di giornalista) la maggior parte delle sue sostanze, il cui valore, a quanto si assicura, si approssima al mezzo milione, parte in immobili e parte in valori. Dall'asse ereditario dovranno essere detratti i legati di 3000 lire per ciascuno ai seguenti istituti di beneficenza: Opera Pia Lotteri; Istituto Artigianelli; Istituto dei Poveri Ciechi; Istituto dei Rachitici; Istituto Pro Pueritia; Casa Benefica pei derelitti; Ospedale Infantile « Regina Margherita »; Ospizio dei Poveri Convalescenti; Opera Pia della Maternità; Opera Pia del Baliatico; Istituto Lorenzo Prinotti ed Istituto « Pane Quotidiano ».

Il sig. Giuseppe Negrelli, morto a Concordia (Modena), ha destinato il suo patrimonio, di circa 120 mila lire, alla Congregazione di Carità perchè questa provveda alla costruzione di un ospedale.

Il sig. Nicola Montemagno, suicidatosi a Caltagirone (Catania), ha lasciato 200.000 lire per i poveri di quell'ospedale.

Il nob. Dino Colfi, morto giovanissimo a Genova, ha lasciato un milione e mezzo per un istituto nel quale dovranno essere accettati ed istruiti gratuitamente i bambini di famiglie povere della città di Modena e di alcuni paesi limitrofi.

La signora Vignati, morta a Camazza (Legnano), ha fatto alcuni legati al proprio paese d'origine ed uno di 10 mila lire all'Ospedale civile di Legnano.

Un'eredità sfumata.

La vistosa eredità che si presumeva lasciata dal dott. prof. Giovanni Giudice di Torino a favore dell'ospedale del Cottolengo è stata dimostrata insussistente da una istruttoria giudiziaria condotta contro una parente del defunto.

Propaganda d'Igiene.

Il dott. Budini Paolo, ufficiale sanitario di Figline (Firenze), ha svolto in quest'anno un esteso programma di « pronto soccorso ed assistenza ai malati » nei locali della Pubblica Assistenza Vittorio Emanuele II, ascoltato con vivo interessamento del numeroso uditorio, presenti le Autorità competenti.

Egli con lezioni teorico-pratiche dimostrative ha preparato nello scorso settembre una squadra di militi e l'ha presentata al *Concorso della Salute Pubblica fra le P. A. del 28 settembre a Firenze.*

La squadra davanti all'On. Giuria di Firenze ha svolto brillantemente uno dei temi del concorso di pronto soccorso, riuscendo premiata con la medaglia d'oro e riscuotendo il generale plauso di merito.

Il dott. Budini si è dato in nota al presidente della Sezione Valdarnese della A. N. M. C. per una serie di conferenze col tema « Profilassi sociale delle malattie infettive: pratica delle disinfezioni », designato per la Pubblica Assistenza di Figline pel 1914, e per le Scuole del Capoluogo: « l'Igiene della Scuola — Le malattie della Scuola ».

Nell'anno scolastico testè scorso il dott. Tuttolomondo Angelo di Girgenti ha tenuto un corso gratuito d'Igiene nelle Scuole normali della città, dietro autorizzazione del Ministero della pubblica istruzione; ha trattato i seguenti argomenti: Igiene delle Scuole - Igiene individuale - Malattie infettive e contagiose e profilassi contro di esse, ed in particolar modo sul Colera - Malaria - Vaiuolo - Tubercolosi - Alcoolismo.

Medici candidati alle prossime elezioni politiche.

Fra i numerosi candidati alla deputazione politica notiamo i seguenti medici:

Appiano — dott. F. Binda, rif.
Arezzo, Cortona, Bibbiena — prof. Sanarelli.
Benevento — prof. L. Bianchi, lib.
Borgomanero — dott. Balconi, soc.
Castrogiovanni — dott. Colajanni, rep.
Chivasso — dott. Lava, soc.
Como — dott. Tomaso Porta, soc. rif.
Corleto Perticara — dott. Guidone, lib.
Crescentino — dott. Maffi, soc.
Ivrea — dott. Casalini, soc.
Lanzo — dott. Molinari, cost.
Mantova — dott. Luglio, soc.
Marostica — dott. Enrico Insabato, catt.
Pavia — prof. Roberto Rampoldi.
Rocca Canavese — dott. Molinari Vittorio.
Milano II — dott. Della Vedova, lib. dem.
Milano IV — dott. Allevi Giovanni, soc.
Roma I — E. dott. Matteuzzi, rep.
Roma III — prof. Guido Baccelli, lib.
Spilimbergo — dott. Q. Zanardini, lib.
Thiene — dott. A. Colpi, soc.
Treviglio — dott. Emilio Gallavresi, soc.
Treviso — prof. Lorenzo Ellero, rad.
Varese — prof. Luigi Maria Bossi, soc.

L'apertura del canale di Panama.

Il 10 corrente le acque dell'Atlantico e quelle del Pacifico si sono riunite nel letto del canale di Panama.

Il compimento dell'immane lavoro è stato reso possibile dalle scoperte sulla trasmissione della malaria e della febbre gialla: esse hanno portato ad efficaci mezzi profilattici, che hanno consentito il soggiorno in quella regione degli operai, i quali prima venivano falcidiati a migliaia dalle due letali malattie; hanno trasformata addirittura molta parte dell'istmo in una stazione climatica.

Il più grandioso lavoro di cui possa vantarsi l'umanità segna dunque un trionfo dell'igiene.

Onorificenza.

La medaglia d'oro della Medicina Americana per il 1913 è stata assegnata al dott. M. J. Rosenau, professore di medicina preventiva e d'igiene alla Harvard University, in seguito alla dimostrazione positiva da lui compiuta sul compito che spetta allo « Stomoxys calcitrans » (mosca delle stalle) nella trasmissione della poliomielite epidemica.

Rassegna della stampa medica.

Berl. Klin. Woch., 18 ag. EPPINGER. « Sulla patologia della funzione splenica ». — ALBU. « Sull'auto-intossicazione intestinale ». — LOEWENTHAL. « Irradioterapia dei tumori maligni ».
La Sem. Méd., 20 ag. ROSE. « L'atrofia muscolare parziale nelle miopatie ».
The Journ. A. M. A., 16 ag. FLEXNER. « La terapia specifica locale delle infezioni ». — LESCOLIER. « La durata dell'immunità consecutiva a vaccinazione jenneriana ». — BRIDGMAN. « Deficenza mentale e delinquenza ».
The Boston M. a. S. Journ., 14 ag. JACKSON. « La ipertrofia dello sfintere anale ».
La Liguria Med., 15 ag. DARDANO. « Sulla mastite cronica ».
La Prensa Méd., 15 ag. CARUSO e ALBERTINI. « L'anestesia del plesso brachiale ».
Gazz. d. Osp., 21 ag. VISCONTINI. « Necrosi del testicolo per torsione del cordone ».
Deut. Med. Woch., 21 ag. KASSOWITZ. « La questione del rachitismo. — MEICRHOLD. « Fisiologia e patologia del timo ».
Gazz. Med. It., 21 ag. RUSCA. « La sindrome clinica di Brulé-Lemierre della dissociazione biliare ».
Gaz. d. Hôp., 21 ag. CAILLAU. « Diagnosi etiologica differenziale e interpretazione delle cirrosi epatiche ».
Journ. d. Prat., 23 ag. CALOT. « Terapia moderna della scoliosi ».
Le Progrès Méd., 23 ag. LABBÉ. « L'apepsia ».
Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 ag. DUBOIS. « Il compito dell'emozione nelle psicopatie ».
The Boston M. a. S. Journ., 21 ag. BLUMER. « Sull'insegnamento della terapia ».
Dermat. Woch., 23 ag. COPELLI. « Ricerche batteriologiche sul pemfigo ». — HEDÊN. « Lo zolfo colloidale nella gonorrea ».
La Rif. Med., 23 ag. BRECCIA. « Un nuovo apparecchio pel pneumotorace artificiale ».
La Presse Méd., 23 ag. LEBON e AUBOURG. « Contrazioni riflesse del crasso e riflessoterapia ».
Med. Klinik, 24 ag. FABER. « L'ulcera gastrica cronica juxta-pilorica ». — LAACHE. « Sul sonno ».
Beitr. z. Klinik. d. Infektionskr. u. z. Immunitätsf. I. LINDEMANN. « Il quadro batteriologico nell'aborto provocato ». — GEBB. « La sieroterapia dell'*ulcus corneae serpens* ». — BRUCK. « L'anafilassi in dermatologia e veneorologia ». — FEJES. « La colisepsi ».
The Lancet, 23 ag. MACKENZIE. « Il trattamento tubercolinico ». — ABBE. « Il radium nelle affezioni cancerose ». — OLIVIER. « Profilassi e cura del saturnismo professionale ». — WU LIEN TEH. « Marmotta mongolica (tarbagan) e peste ».
Pensiero Med., 24 ag. CLIVIO. « Tre casi gravi di emorragie *post-partum* ».
Berl. Klin. Woch., 25 ag. FRIEDBERGER e SCHIFF. « Sugli anticorpi etero-genetici ». — BERING. « Sui progressi nella terapia della sifilide ».
La Prov. Méd., 23 ag. TEISSIER. « Le albuminurie dette funzionali ».
Med. Record, 23 ag. DICKINSON. « La sindrome uterina ».
The Journal A. M. A., 23 ag. « Numero sull'insegnamento della medicina ». — PFAHLER, PUSEY, LANGE. « La radioterapia del cancro ». — NEFF. « La lotta contro la pazzia ».
The Journal of Med. Res., ag. HARRIS. « L'associazione di neoplasie tubercolari e cancerose ». — KENDALL, DAY e WALKER. « Azione selettiva di certi batteri sul peptone ».
Münch. Med. Woch., 26 ag. SCHLAGINTWEIT e STEPF. « La secrezione pancreatica nei disturbi secretori dello stomaco ». — BEYER. « Il siero antidifterico per via endovenosa ».
Allg. Wien. med. Zeitung, 26 ag. WORTHINGTON. Diatermia ed elettro-coagulazione ».
Le Bull. Méd., 27 ag. PLICQUE. « La cura antisifilitica nella tabe ».
Gazz. d. Osp., 24 ag. CINQUEMANI. « Raro caso di osteomielite della scapola guarito con la panscapulectomia ».
La Pediatria, 31 ag. JEMMA. « Sul morbo di Barlow ». — MENSI. « Contegno della temperatura nella latenza del morbillo ». — CARONIA. « Potere complementare del siero nella leishmaniosi infantile.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 26 ottobre 1913* **Fasc. 43**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVISO AGLI ASSOCIATI.

La stampa del "COMPENDIO DI GINECOLOGIA MODERNA" - premio pel 1913 ai nostri Abbonati - *è pressochè ultimata e ne cominceremo la spedizione nei primi del prossimo mese. L'eccezionale ritardo, che può sembrare soverchio, è dipeso unicamente dall'intento di mettere il libro al corrente coi più recenti progressi raggiunti dall'importante branca di cui esso è argomento e pel desiderio di dare agli associati una* **GUIDA** *che sia loro veramente utile per l'esercizio della professione.* **Intanto preghiamo coloro che non hanno ancora spedito l'importo dell'abbonamento, di affrettarne l'invio, se vogliono fruire del premio medesimo, aggiungendo i centesimi 50 per le relative spese d'affrancazione e raccomandazione.** *L'Amministrazione.*

N. B. — I pagamenti debbono essere esclusivamente indirizzati al Prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, n. 46 - ROMA.

LAVORI ORIGINALI

Clinica pediatrica della R. Università di Roma
diretta dal prof. L. CONCETTI.

Contributo alla conoscenza dello scorbuto infantile

per il prof. L. M. SPOLVERINI, 1° aiuto e docente.

Lo scorbuto infantile, anche dopo il classico lavoro di Barlow (1883), col quale illustrava chiaramente il quadro nosologico caratteristico, è una malattia da noi in Italia poco conosciuta, sia perchè abbastanza rara a riscontrarsi nella pratica medica, almeno a giudicare dalla letteratura pubblicata al riguardo, sia anche per la difficoltà che talora si incontra, anche da medici valenti, nel formulare un'esatta diagnosi.

Difatti il primo caso descritto presso di noi rimonta al 1900 (Cima) ed il Concetti nel pubblicare i due casi da lui osservati fa giustamente notare come da allora e nel decennio consecutivo in Italia siano stati resi noti soltanto 35 casi (compresi i suoi).

Con ciò non si deve intendere in senso assoluto che solamente questi saranno stati i casi in realtà verificatisi in tutta Italia; ma è positivo che gli autori, che si sono occupati dell'argomento, tutti sono concordi nei ritenerlo presso noi come una affezione rara in grazia appunto della prevalenza dell'allattamento naturale.

Ciò premesso, credo utile riferire brevemente su tre casi occorsimi recentemente nella pratica privata, anche per alcune particolarità relative alla diagnosi ed alla etiologia, sulle quali è sempre bene richiamare e tenere viva l'attenzione

dei pediatri sia per ottenere una sollecita guarigione anche nei casi di una certa gravità, ma molto più per evitare la comparsa del quadro morboso. Giacchè conviene sempre ricordarsi che non vi è, si può dire, un'altra malattia cui possa venire tanto facilmente curata od evitata, solo che si tenga presente la speciale sintomatologia ed etiologia.

CASO I. — P... A..., di mesi 10. Genitori sani: il padre però ha circa 60 anni; fratelli e sorelle, molto più grandi di età, viventi ed in buone condizioni di salute. Nata bene; allattamento per balia in casa ottimo pei primi 5 mesi, eppoi meno buono senza causa riscontrabile, ed infine interrotto bruscamente a 7 mesi a causa di eresipela sopraggiunta alla nutrice. La bambina, che già mangiava qualche farinata, fu messa poi a minestrine costituite esclusivamente di pane grattato, di tapioca, crema di riso e Kufeke, alternate, cotte in acqua ed olio di olivo o brodo leggero, mescolandovi in due di esse anche ½ rosso d'uovo (totale 4 minestrine al giorno).

Non fu mai potuto adoperare latte nè crudo nè cotto, nè farine lattee o burro, presentando costantemente la piccola per queste sostanze una intolleranza assoluta.

La bambina prendeva volentieri e tollerava bene questo cibo; ma alla fine del nono mese, quantunque non avesse mai presentato disturbi gastro-intestinali nel vero senso della parola, si dovette constatare come essa si fosse visibilmente impallidita, le sue carni erano divenute flaccide ed il peso accennava piuttosto a diminuire.

I tentativi oculati per variare ed aumentare il cibo riuscirono sempre vani, anzi dannosi, in ispecie col latte.

Alla fine dell'undecimo mese di età cominciò a lagnarsi di dolori, non spontanei, ma provocati ad ogni benchè minimo movimento sia attivo che passivo, all'arto inferiore destro. All'esame obbiettivo si notava immobilità assoluta da parte della bambina di tutti e due gli arti inferiori, i quali erano tenuti in leggera flessione, la gamba sulla coscia e questa sul bacino, e specie il destro rotato un poco all'esterno. Ogni tentativo di movimento passivo, sia pure limitatissimo, era accompagnato da forti grida. In corrispondenza poi del terzo inferiore della coscia destra, ma più specialmente nel terzo inferiore del femore vicino al ginocchio, più che all'ispezione che risultava negativa, si palpava, dopo attento esame, un lieve ingrossamento a confronto della parte omonima dell'altro lato, dolentissimo, senza essere accompagnato alla superficie nè da edema, nè da arrossamento.

Anche l'arto inferiore sinistro era tenuto immobile, non si sa se per timore o perchè anche esso dolente: certo che nulla rilevavasi all'esame obbiettivo.

Arti superiori, tronco, cassa toracica, collo e testa in condizioni normali. Organi interni, tanto toracici che addominali, sani. Si notava però assai evidente il pallore tanto della cute che delle mucose visibili, pannicolo adiposo scarso e flaccidità muscolare. Nulla di speciale a carico della bocca e dei denti, la cui fuoriuscita si era arrestata. Le funzioni gastro-intestinali si compievano bene, data la somministrazione esclusiva del vitto speciale avanti detto. Anche l'esame delle urine era negativo: così pure la cuti-reazione e la Wassermann: fegato e milza nei limiti normali.

La temperatura, osservata attentamente, dimostrava lievi aumenti, in ispecie verso sera (37°,3-37°,5).

Debbo confessare che in questo primo momento non riuscii ad orientarmi con precisione sulla diagnosi: prescrissi degli impacchi caldi sulle parti dolenti dell'arto inferiore destro e - tenuto conto delle insistenze del padre — delle applicazioni di pomata mercuriale. Però dopo 15-20 giorni le condizioni tanto generali che locali non solo non miglioravano, ma anzi peggioravano al punto che anche l'arto inferiore sinistro si faceva dolente alla pressione ed il pallore aumentava. Uno zio della bambina, distinto chirurgo, che seguiva pure le fasi della malattia, volle fare delle radiografie, però senza speciale risultato, e propose ed applicò un apparecchio inamovibile all'arto inferiore destro, sperando che col riposo assoluto il processo flogistico di natura ignota (perchè tale era il concetto diagnostico) volgesse a guarigione.

Tolto dopo 20 giorni l'apparecchio, si constatò un peggioramento dello stato locale, in quanto che la parte si era fatta più dolente e più tumefatta, benchè sempre senza arrossamento della pelle e visibile anche all'ispezione; si notava una lieve tumefazione pure nelle parti omonime dell'arto inferiore sinistro; inoltre la piccola era divenuta irascibile ed in preda ad un continuo spavento per paura di essere toccata o mossa dalla sua posizione, tanto che rifiutava perfino di mangiare. Intanto si andava verificando, oltre l'aumento del pallore, la presenza di qualche piccola macchia ecchimotica nella pelle degli arti inferiori e una stomatite facilmente sanguinante.

Si pensò allora ad uno scorbuto infantile, il quale avrebbe bene potuto spiegare il quadro nosologico, nel mentre avrebbe trovato la sua ragione di essere nel vitto speciale ed uniforme, a cui la piccola da più mesi era stata dovuta tenere per disgraziate circostanze. In conseguenza si prescrisse succo di arancio e di limone a cucchiaini ogni due ore, suppisto di crescione, purè di patate, farinate fresche e latte crudo di asina. Il miglioramento fu rapidissimo (anche perchè la piccola tollerò bene questa nuova dieta, cui finì col prendere con piacere dopo i primi momenti) tanto che dopo 4-5 giorni la stomatite era scomparsa. Così pure il dolore a carico specialmente degli arti inferiori era notevolmente diminuito e dall'8°-9° giorno del tutto cessato. Contemporaneamente si andavano riducendo, fino a scomparire in seguito, il gonfiore e la pastosità in specie dell'arto inferiore destro, e la piccola riacquistò piena libertà nei suoi movimenti attivi e passivi, al punto che dopo 20-25 giorni poteva considerarsi del tutto guarita, almeno dal punto di vista dei sintomi obbiettivi.

CASO II. — P... F..., di mesi 19. Esso è terzo figlio di genitori sani (il padre distinto medico) e tutti viventi. Nato bene ed a termine, allattamento per balia in casa, regolare. Svezzato ad 11 mesi non presentò alcun disturbo degno di nota; esso veniva nutrito esclusivamente con farina di Kufeke (4-5 volte nelle 24 ore) cotta in acqua e burro ed inoltre un rosso d'uovo.

Il latte, farine lattee e suoi derivati non erano tollerati: inoltre il piccolo si rifiutava — durante

i pochi tentativi fatti — di mangiare altri generi di farine all'infuori della Kufeke; e siccome d'altra parte questa veniva bene tollerata, tanto che il bambino cresceva regolarmente ed il suo stato generale appariva buono, così i genitori hanno continuato tale vitto esclusivo per più di 8 mesi. Intanto un mese e mezzo fa (già camminava in specie se sorretto) mentre stava in piedi, cadde a sedere in terra senza alcuna causa apparente, almeno a quanto assicurava la donna che che lo custodiva. Fu subito rialzato, esso pianse; ma, ad un esame sommario non essendosi riscontrato nulla di speciale e d'altra parte avendo ripreso le sue abitudini, non si dette importanza alla cosa. Però dopo circa 3 settimane, mentre al dire della zia stava dritto ad accarezzare un cavallo di legno, senza urtare od essere urtato cadde nuovamente in terra gridando e piangendo. Da allora in poi il bambino, secondo quanto riferisce il padre, non solo non è voluto più stare dritto e molto meno camminare, ma è rimasto in posizione d'immobilità cogli arti inferiori, i quali erano tenuti semiflessi ed un poco rotati all'esterno e dolentissimi ad ogni minimo movimento, od anche ad un semplice tentativo tanto attivo che passivo.

Il pediatra, che conosceva il piccolo per averne invigilato l'accrescimento, e l'ortopedico, che pure fu consultato, non riuscirono sul momento ad orientarsi con precisione nella diagnosi e tenuto conto sia che all'esame obbiettivo, all'infuori di una paresi spastica dolorosa di ambedue gli arti inferiori, non si riscontravano altre lesioni apprezzabili, nè a carico del sistema osseo, nè di alcuno degli organi interni, e sia dei precedenti anamnestici, e finirono coi sospettare una qualche lesione spinale di natura non precisabile; e ciò tanto più in quanto che nei giorni seguenti si poterono notare piccole macchie ecchimotiche in corrispondenza delle ultime vertebre dorsali. Intanto il bambino continuava a stare immobile sul letto, a divenire irascibile, a farsi assai pallido ed a perdere l'appetito.

Tale quadro non accennando, col passare dei giorni, a migliorare, anzi i sintomi facendosi più evidenti, fu fatto visitare anche da un distinto chirurgo, il quale dopo accurato esame e ripetute radiografie (dieci) della colonna vertebrale, del bacino e dei capi articolari dell'anca tutte negative, consigliò — pure non potendosi pronunciare con esattezza sulla natura della malattia — l'applicazione di una doccia vertebrale per obbligare il piccolo paziente all'immobilità assoluta ed all'estensione forzata degli arti inferiori; ciò che venne praticato.

Dopo qualche giorno — in assenza dei medici curanti — fui pregato dal padre di visitare il bambino per correggere alcuni disturbi intestinali di recente sopraggiunti. Nel procedere all'esame del paziente fui avanti tutto colpito dalla storia che mi venne raccontata (e che ora ho riferita) e tenuto conto del modo come erano comparsi i sintomi della malattia, della speciale dolorabilità degli arti inferiori, sempre provocata e non mai spontanea, e più accentuata in corrispondenza del terzo inferiore del femore e della tibia (ove si palpava un ispessimento pastoso, senza arrossamento della pelle soprastante), della presenza di altre piccole emorragie sottocutanee sopraggiunte — oltre quelle già notate in corrispondenza delle vertebre dorsali — sparse, in specie negli arti inferiori, e di una speciale stomatite (le gengive erano tumide, bluastre, di colore lavagna e facilmente sanguinanti), del pallore della pelle abbastanza pronunciato ed infine del vitto particolare ed uniforme in cui da vari mesi il piccolo era tenuto, manifestai il mio convincimento che si trattasse di un caso di scorbuto, il quale era l'unica affezione che da sola potesse darci bene ragione di tutto il quadro sintomatologico e dell'andamento della malattia stessa.

In conseguenza consigliai la cura adatta (succo di limone ed arancio, latte fresco, farinate fresche ed un poco di cloruro di calcio) insistendo perchè venisse eseguita, tanto più che il bambino il giorno stesso doveva lasciare Roma, ove già il caldo era notevole, per un clima più confacente.

L'ulteriore andamento della malattia ha giustificato pienamente il concetto diagnostico; giacchè i sintomi così impressionanti e per primo il dolore sono andati ben presto attenuandosi (dopo 5-6 giorni) per poi scomparire; quantunque dopo 30 ore circa dalla partenza da Roma si avesse a notare anche un'ematemesi per sangue ingoiato in seguito a forte emorragia gengivale (la cura antiscorbutica durante il viaggio non era stata potuta eseguire regolarmente).

Dopo 20-25 giorni il piccolo paziente si poteva considerare presso che guarito; perchè tutti i movimenti avevano riacquistato la completa libertà, l'esame obbiettivo degli arti inferiori era divenuto negativo; l'umore, il colorito e l'appetito in sensibile miglioramento.

CASO III. — M... G..., di anni due, secondo figlio di genitori sani: la sorellina più grande vivente ed in buona salute. Nato bene, allattamento materno regolare salvo qualche disturbo di dispepsia gastro-intestinale per latte troppo sostanzioso, limitatamente però ai primi due mesi di vita. Il bambino bene sviluppato ad 11 mesi era floridissimo e naturalmente già mangiava delle minestrine e qualche uovo.

Improvvisamente in pieno benessere fu colto da fenomeni generali gravissimi, che si vide doversi riferire ad invaginamento intestinale acuto che per fortuna cedettero in 48 ore. Però da allora in poi l'istestino rimase come il punto debole del suo organismo, tanto che — per quanto fosse ben regolata la dietetica — ogni 30-40 giorni si avevano da osservare disturbi intestinali consistenti in feci di cattivo odore, alle volte poco digerite e con un poco di muco, sovente commisto con striature di sangue e qualche premito.

La guarigione non ostante le cure più assidue non verificandosi, si dovette ridurre ancora la dieta rendendola più rigorosa, togliendo il latte e le uova dal momento che queste sostanze non erano più tollerate, al punto che il bambino a 15 mesi si nutriva di 4-5 minestrine al giorno cotte in brodo leggero, od acqua e burro (crema, riso, tapioca, kufeke, purée di patate, qualche biscotto e gelatina di frutta).

Le funzioni-gastro intestinali difatti migliorarono, forse anche perchè si andava incontro all'inverno (novembre 1912): però il piccolo ben presto si rifiutò di mangiare la purée di patate e le frutta cotte.

Intanto esso non cresceva più regolarmente, si andava impallidendo, le carni si facevano flaccide, ogni tanto aveva dei sudori (benchè d'inverno) nella fronte e testa, ed era divenute irrascibile.

Insistetti ancora per variare cibo e più che altro per aumentare il suo potere nutritivo, ma sempre con risultato negativo, ricomparendo quasi subito i disturbi intestinali; tanto che in vista di leggeri sintomi di rachitismo somministrai per due mesi e mezzo dell'olio fosforato.

Orbene non ostante un vitto così rigoroso (tapioca, crema di riso e biscotti) ogni tanto si notavano feci diarroiche con muco e sangue, che si presentavano improvvisamente e magari presto pure scomparivano. Prescrissi anche del cloruro di calcio, che il bambino prese tra il marzo-aprile 1913: però il bambino continuava a deperire ed impallidire, a presentare edemi fugaci al viso in specie vicino agli occhi, che però non trovavano riscontro in alterata funzionalità renale.

Nella seconda metà di giugno (il piccolo aveva circa 26 mesi) a questo quadro nosologico, che su per giù rimaneva invariato al pari della dieta, si dovette aggiungere la constatazione che il piccolo paziente non soltanto non voleva più camminare da solo (mentre ciò faceva da un paio di mesi) ma nemmeno se aiutato e si ricusava di stare per lungo tempo in piedi, quantunque avesse desiderio di andare in terra per giuocare.

Inoltre ogni tanto mentre camminava era costretto a fermarsi improvvisamente e qualche volta piangeva.

Si attribuì il fatto allo stato di debolezza del bambino, tanto più che nulla si riscontrava di speciale a carico del sistema osseo: si continuò col solito sistema dietetico-terapeutico si somministrò ancora del cloruro di calcio e del fortossan, e si stabilì di fare delle iniezioni ricostituenti (metarsile e bioplastina) e di mandarlo al più presto all'aria fresca di montagna.

Trascorsi una diecina di giorni si dovette constatare che di tanto in tanto il bambino, nei momenti in cui desiderava camminare, con l'arto inferiore destro in modo speciale strisciava per terra, e si aveva l'impressione come se zoppicasse, e qualche volta perfino dovesse cadere.

In queste condizioni verso il 20 luglio fu condotto in montagna, ove il giorno dopo appena giunto si rifiutò assolutamente non solo di camminare ma anche di poggiare i piedi in terra, e si acconciò all'immobilità — preferendo la posizione supina — cogli arti inferiori in semiflessione; riuscendo ogni tentativo di movimento sia attivo che passivo a provocare grida acute da parte del piccolo infermo. Chiamato nei giorni seguenti un distinto medico a visitarlo, questi sospettò una nevrite dello sciatico destro (era l'arto più immobile e più dolente), anche perchè alcune delle iniezioni di iodio fatte in precedenza avevano prodotto fenomeni irritativi locali abbastanza intensi, e quindi consigliò impacchi caldi e riposo assoluto. Però lo stato locale e generale andava rapidamente peggiorando, il bambino non dormiva più, gridava, si rifiutava spesso di mangiare, e dopo 7 giorni comparve anche una stomatite sanguinante.

Recatomi a visitarlo, ebbi a constatare oltre a quello ora descritto: gengive tumide, bluastre sanguinanti, pallore della cute e mucose visibili assai accentuato, piccole macchie ecchimotiche sottocutanee in specie negli arti inferiori, i quali apparivano completamente immobili, dolentissimi a qualunque toccamento, dolore che era più manifesto nel terzo inferiore del femore e della tibia destra ove si palpava pure un ispessimento profondo, pastoso, alquanto fusiforme: tali sintomi sebbene meno intensi, si notavano anche nell'arto inferiore sinistro: inoltre la pelle era alquanto edematosa e piuttosto dura. Non esitai, tenuto anche conto dei precedenti anamnistici, dello svolgimento del quadro nosologico, dei sintomi presenti ed infine del vitto uniforme e speciale con cui da circa 9 mesi si nutriva il bambino, a fare la diagnosi di scorbuto.

Preserissi subito latte crudo di asina, succo di arancio e limone, e purée di patate e farinate fresche, sospendendo qualsiasi altro mezzo terapeutico.

Entro 48 ore si notò subito un evidente miglioramento nella stomatite, perchè era scomparso il sanguinare dalle gengive; dopo 4-5 giorni il dolore negli arti inferiori era diminuito al punto che si erano fatti possibili alcuni movimenti tanto attivi che passivi; il bambino inoltre era divenuto più tranquillo, e si nutriva volentieri.

All'ottavo e nono giorno il piccolo paziente sembrava trasformato, perchè il dolore era scomparso, i movimenti tutti possibili e notevolmente ridotti gli ispessimenti a carico degli arti inferiori.

Il miglioramento — continuando con tale sistema dietetico-terapeutico — fu così pronto che dopo 20-25 giorni esso poteva considerarsi guarito, perchè oltre al non presentare più alcun disturbo apprezzabile all'esame obbiettivo, se si toglie un po' di pallore e di flaccidità muscolare, già si reggeva dritto e faceva dei tentativi di deambulazione bene inteso aiutato. Dopo 40 giorni il piccolo si era completamente ristabilito.

Ho stimato opportuno intrattenermi con un certo dettaglio sulle storie dei tre bambini osservati, principalmente per porre in rilievo le difficoltà diagnostiche (e quindi i gravi errori d'interpetrazione e di terapia) a cui dà facilmente luogo il quadro nosologico del morbo di Barlow, specie nel suo inizio, anche da parte di medici assai esperti. Ciò senza dubbio deve attribuirsi esclusivamente al fatto che da noi in Italia, data la estrema rarità della malattia almeno nel senso classico (mentre invece le forme fruste devono ritenersi, come vedremo, abbastanza frequenti), la maggiore parte dei pediatri senza parlare dei medici generici, non è riuscita a vederne in pratica alcun esempio. Ne consegue che di fronte ai casi di scorbuto infantile si è invece più portati a pensare alla possibilità di altre malattie quali ad es. coxite, osteo-periostite, pseudo-paralisi di Parrot, nevrite, morbo di Pott, rachitismo acuto, lesioni spinali, reumatismo, ecc., che nella pratica appunto sono assai più frequenti a riscontrare; ed i tre casi da me sopra riferiti ne sono esempi tipici.

Da qui la utilità di illustrare i casi che ogni tanto possono occorrere all'osservazione, più che altro per richiamare l'attenzione dei colleghi sulla possibilità di potersi trovare di fronte a questa entità morbosa, a cui solo basta pensare per

mettere in rapporto i sintomi obbiettivi classici del morbo di Barlow, che non fanno mai difetto, con i dati anamnestici raccolti scrupolosamente e relativi non solo allo svolgimento della sindrome morbosa, ma anche della dietetica in precedenza adoperata, e facilitare così grandemente la diagnosi e quindi la cura.

Essa, come è noto, dà dei risultati così brillanti, che anche i casi gravi, accompagnati da un quadro sintomatologico impressionante per le tristi condizioni, in cui versa il piccolo infermo, finiscono col guarire in pochissimi giorni.

Ma se è raro presso noi lo scorbuto infantile classico, grazie appunto al genere di alimentazione usato in Italia, a differenza di quello di altri paesi devono essere invece piuttosto frequenti le forme fruste, su cui ha richiamato l'attenzione in particolar modo Hutinel, il quale ha fatto notare che almeno in Francia (dove non è poi tanto raro imbattersi in bambini affetti da scorbuto) esse sono assai più frequenti del classico morbo di Barlow.

In questi casi non è dato osservare nè deformazioni ossee specialmente diafiso-epifisarie, almeno rilevabili all'esame obbiettivo, nè tumefazione gengivale, vi è cioè assenza di due dei tre sintomi principali e caratteristici del morbo di Barlow. Invece tutto il quadro nosologico apprezzabile è rappresentato dalla constatazione di questi sintomi: il bambino va impallidendo sensibilmente, esso è divenuto un po' irrequieto, piange senza ragione, presenta dei sudori evidenti in specie alla testa ed al viso, fa un certo sforzo a tenersi dritto, tanto che preferisce essere preso in braccio; si stanca facilmente, ovvero addirittura si rifiuta di camminare. Tali sintomi (che del resto nella maggior parte delle volte si constatano anche all'inizio del morbo di Barlow), non presentando alcun che di caratteristico, sono attribuiti quasi sempre dai profani ed anche dal medico (le poche volte che viene interpellato) ad uno stato di debolezza, da cui è incolto il bambino; e ciò tanto più se esso aveva avuto in precedenza o se ha presentemente dei disturbi intestinali.

Debolezza ed anemia, cui si cerca di curare coi soliti mezzi, ma senza risultato. Per altro occorre difficilmente che, anche in queste forme così lievi ed iniziali di scorbuto, faccia difetto un sintoma importante, cui il medico esperto deve sempre ricercare per attribuirgli un grande valore per un'esatta interpretazione, dopo eliminate le altre possibilità diagnostiche, vale a dire il dolore. Esso non è spontaneo ma provocato per qualsiasi movimento, tanto che il bambino lo evita il più possibile, fino a mettersi certe volte addirittura nella posizione di immobilità.

Or, se ben si consideri tale fatto, si deve convenire come sia difficile che un pediatra nella sua pratica non si sia mai imbattuto in casi simili a quelli ora descritti. Giacchè non giova il dire che questi sintomi, osservati poi in seguito, hanno finito collo scomparire ed i bambini hanno riacquistato uno stato di salute normale almeno apparente, senza che nessuno avesse loro prescritta una cura antiscorbutica; in quanto che, pel genere di vitto che abitualmente da noi viene adoperato sui bambini svezzati, inconsciamente, ed automaticamente, sebbene sia pure in modo incompleto, una dieta antiscorbutica per fortuna non fa mai difetto. Ciò, come facilmente si comprende, evita il progredire del male e quindi l'esplosione della sindrome classica del morbo di Barlow, ma non impedisce nè che la malattia, benchè in grado lieve, si presenti, nè che produca i suoi tristi effetti nell'organismo infantile, specie quando — come avviene nella grandissima maggioranza dei casi — essa passa sconosciuta e quindi la cura rimane affidata al caso.

A me sembra pertanto che l'attenzione dei pediatri dovrebbe essere seriamente rivolta allo studio di queste forme fruste, fino ad ora a vero dire quasi del tutto trascurate, presso di noi. L'argomento, non vi ha dubbio, è importantissimo e promettente di buoni risultati, al punto tale che, a parer mio, tali forme devono essere considerate per noi pediatri italiani assai più importanti a conoscersi della forma classica conclamata, sia perchè sono più frequenti a riscontrarsi nella pratica, sia perchè la nozione della loro esistenza ci permette di evitare tanto l'aggravarsi della malattia con tutto il corteo caratteristico e talora grave, dello scorbuto, quanto gli errori diagnostici (i casi da me riferiti sono esempi tipici!) e sia di guarire rapidamente l'affezione.

Le osservazioni da me riportate sono inoltre importanti dal punto di vista etiologico. Difatti la malattia si è sviluppata in bambini che avevano goduto dell'allattamento naturale e con buon risultato fino a 11-12 mesi (fatta eccezione del 1° caso in cui tale allattamento si verificò solo pei primi sette mesi) e che dopo lo svezzamento erano stati dovuti nutrire per circostanze

speciali con sole farine alimentari, e con esclusione assoluta di latte, sia cotto che sterilizzato, di farine lattee e altri derivati sotto qualsiasi forma.

Ora è noto come quasi tutti gli autori che si sono occupati del morbo di Barlow attribuiscono la produzione della malattia all'uso del latte in specie sterilizzato. E Netter cercò perfino di darne la spiegazione, sostenendo che ciò dipendeva dalla deficienza dei citrati, che si verificava nel latte dopo sterilizzato. Altri invece incolparono in genere le varie alterazioni, che inevitabilmente subiscono i diversi componenti del latte mediante la sterilizzazione.

Ma a poco a poco che le osservazioni di scorbuto infantile si facevano più numerose, in specie nei paesi dove esso è piuttosto frequente, si dovette convenire come il latte sterilizzato non rappresentasse davvero l'unica causa della produzione del morbo. Basta difatti pensare alla ventina di casi verificatisi in bambini con allattamento naturale esclusivo, senza tenere conto di tutti gli altri occorsi in bambini che non facevano uso del latte sotto qualsiasi forma (ed i tre casi da me descritti rientrano in questa categoria) o che erano tenuti ad alimentazione le più svariate, per convincersi subito come molteplici debbono essere le cause etiologiche, tutte però conducenti in ultima analisi allo stesso momento causale, privazione cioè prolungata « di cibi freschi o loro equivalenti » come si esprime il Barlow. È indubitato per altro che l'affezione si verifica più frequentemente nei bambini allattati artificialmente, in ispecie in quelli nutriti con latte sterilizzato, e maggiormente in quelli nutriti con latte di vacca modificato industrialmente, con manipolazioni fisiche e chimiche, per cercare di renderlo simile al latte di donna. Ed in vero in Germania, Inghilterra ed in America dove questi latti sono largamente usati, in specie in questi ultimi anni, si sono riscontrati il maggior numero dei casi di scorbuto infantile. Ma in questi stessi paesi sono in grande voga e quindi adoperate in larga scala e per giunta abbastanza precocemente nell'alimentazione infantile, oltre il latte sterilizzato o comunque maternizzato o predigerito, anche le numerose farine alimentari più o meno solubilizzate, conservate in scatole e che continuamente vengono messe in commercio e quel che è peggio presentate e raccomandate come superiori al latte naturale, alle farine ed alle vivande fresche. Ora è naturale che tutti e due questi momenti etiologici riuniti — tanto più che ciascuno di essi preso isolatamente è sufficiente, se agisce per lungo tempo, a produrre l'affezione — riescano a provocare un notevole numero di casi di Barlow; anzi è a meravigliarsi quasi direi, come essi in questi paesi non siano più frequenti, ciò che, indipendentemente da qualunque causa predisponente, a parere mio deve attribuirsi al fatto che praticamente a questi bambini oltre il latte sterilizzato e le farine alimentari conservate, qualche altro alimento fresco (ad es. gelatine di frutta), sotto qualsiasi forma, viene quasi continuamente somministrato.

Comunque, sia dallo studio dei vari casi descritti, nei quali è indicato il genere di alimentazione a cui il bambino era sottoposto quando fu colpito dalla malattia e sia dall'esperienza personale, a me sembra che debba oggidì ritenersi come la causa etiologica del morbo di Barlow, pure dovendosi ricercare nell'alimentazione a cui il piccolo infermo era stato in precedenza tenuto, debba ascriversi, più che alla qualità dell'alimento in sè, alla costante uniformità del medesimo, qualunque esso sia, protratta per mesi e comprendente la privazione prolungata di alimenti freschi. E questo appunto suole verifiacarsi in special modo in tutti quei casi, in cui i bambini sono nutriti sistematicamente o con solo latte sterilizzato o con le sole farine alimentari conservate in scatole, il cui uso pertanto dovrebbe, come si vede, essere fatto con prudenza.

È certo d'altro canto che, avanti che si manifestino i sintomi sia pure iniziali, dello scorbuto, è necessario che il fattore etiologico abbia agito sull'organismo per lungo tempo; giacchè è noto che questi mercè le sue riserve fisiologiche, insite in ogni essere vivente, ha la possibilità di attingere nella sua naturale dotazione e per molto tempo, allo scopo di ovviare alle conseguenze derivanti dalla privazione di un alimento completo ed allo stato naturale e perciò veramente adatto pel suo regolare sviluppo. Quale importanza poi, oltre a questo fattore etiologico fondamentale (alimento) oramai accertato e da tutti ammesso, si debba attribuire alle cause predisponenti è ancora tutt'altro che stabilito. Esse possono, come è chiaro, avere molteplici origini e la maggior parte degli autori suole riportarle o a pregresse malattie sofferte dal bambino od a tara ereditaria viziata o comunque alterata, in specie in quei casi di scorbuto osservati in bambini con allattamento naturale. Così la madre di

quello riferito da Southgate era tubercolosa, quella di Lowe faceva una cura mercuriale, quella di Mather faceva abuso di the; Max Flesch l'attribuisce invece alla glicosuria materna durante la gravidanza. In molti figura la tubercolosi, la sifilide, l'alcoolismo, la gotta, la nevropatia, l'età dei genitori, in altri le infezioni gastro-intestinali, la pertosse, il morbillo, la bronco-polmonite sofferte in precedenza. In breve tutte le comuni cause predisponenti sono state invocate per spiegare l'insorgere della malattia, deducendone come conseguenza una debilitazione del potere di difesa in genere dell'organismo stesso contro qualsiasi infezione od imtossicazione.

Come si vede niente di particolare ancora e di preciso in merito a queste cause predisponenti, le quali così come sono state invocate ed esposte possono riferirsi a qualunque malattia. Senza contare poi che esse debbano ritenersi, a giudicare almeno dalle osservazioni riferite, tutt'altro che indispensabili; giachè in un terzo almeno dei casi descritti è detto chiaramente che la salute dei piccoli era stata buona in precedenza. E del resto anche in due dei casi da me riportati non è stato possibile rintracciare, per quanto ricercata, alcuna causa predisponente, almeno tra quelle abituali. Io ritengo invece che la vera causa predisponente dello scorbuto infantile debba in ultima analisi essere rappresentato, almeno praticamente, nella maggiore o minore quantità di quelle riserve fisiologiche, di cui sopra ho parlato, delle quali ogni bambino è dotato naturalmente; dotazione che appunto deve essere in rapporto sia con lo stato di salute dei genitori all'atto stesso del concepimento e quindi con la forza viva iniziale ed energia di sviluppo insita in ogni essere vivente, e sia col più o meno regolare e progressivo sviluppo ulteriore dell'organismo stesso.

Ma pure conoscendosi aggidì il fattore etiologico ed in parte anche la causa predisponente del morbo di Barlow, noi dobbiamo ancora deplorare una grande lacuna per ciò che si riferisce alla sua patogenesi. Giacchè è evidente come non possiamo più contentarci delle ricerche del Garrod, Ralfe ed altri, i quali hanno riscontrato che nello scorbuto l'alcalinità del sangue è diminuita; imperocchè occorrerebbe sapere se questa sola è l'alterazione che realmente si produce, per quale meccanismo essa si verifica, ed infine come possa creare una predisposizione alle emorragie. D'altro canto conviene riflettere come la questione della potogenesi possa anzi debba oggidì essere studiata più che dal semplice punto di vista chimico, da quello invece biologico, dal quale logicamente possiamo attenderci una spiegazione del fenomeno più pronta e più completa.

L'argomento, come si vede, è della maggiore importanza e merita da parte nostra la più attenta considerazione e premura, in specie nei riguardi della profilassi.

Roma, agosto 1913.

RIVISTE SINTETICHE.

La chemoterapia.

(P. EHRLICH, *British Medical Journal*, 16 agosto 1913).

Nel Congresso internazionale di Medicina a Londra (agosto 1913) il prof. Paul Ehrlich ha fatto un interessantissimo discorso sulla chemoterapia.

Eccone il contenuto.

L'intero campo delle ricerche chemo-terapeutiche è governato da un principio semplice, quasi naturale. Se la legge « Corpora non agunt nisi liquida » vale per la chimica, per la chemoterapia vale invece il principio che « Corpora non agunt nisi fixata ».

Ciò significa, nel caso speciale, che i parassiti non vengono uccisi che dalle sostanze, per le quali hanno una certa affinità, di modo che possono essere fissati da esse. Tali sostanze si chiamano « parassitotrope ». Questa legge però subisce alcune evidenti eccezioni. Conosciamo p. e. certi casi, in cui si raggiunge il risultato terapeutico, benchè le sostanze adoperate non possiedano la facoltà di uccidere i parassiti. Ciò avviene nell'infiltrazione del tessuto sottocutaneo causato dalla sporotricosi. Qui ha dimostrato il Bloch, che lo joduro potassico dissolve prima le cellule del tessuto infiltrato, mentre sul principio i parassiti come tali non vengono attaccati.

In ogni caso, però, è più sicuro e meglio per lo sviluppo della chemoterapia non edificare sulla base di processi eccezionali, ma attenersi alle sostanze, che producono la distruzione dei parassiti mediante la *fissazione*.

Si è ritenuto erroneamente, che taluni dei rimedi moderni in realtà non siano parassiticidi. Si è detto, che il salvarsan ed i sali di mercurio non agiscono direttamente sul parassita, ma indirettamente, stimolando l'organismo alla formazione di anticorpi specifici. Questo modo di

vedere è basato sul fatto, che mescolando in tubi di saggio le sostanze in questione, p. es., neosalvarsan, con certi agenti patogeni, p. e., spirochete, non si può percepire alcuna riduzione della loro mobilità, neanche osservandole per delle ore. Da questo fatto, scoperto prima da Hata, si è concluso, che salvarsan o neosalvarsan come tali non hanno alcuna influenza diretta sulle spirochete.

Si può dimostrare però facilmente, che questa conclusione è completamente sbagliata. Basta a tale scopo osservare, secondo il metodo Castellani, le spirochete della febbre ricorrente, trattate *in vitro* con salvarsan o neosalvarsan ed in seguito liberate da queste sostanze mediante lavaggio con siero. Queste spirochete, benchè mobili come prima del trattamento, ora non sono più capaci di infettare i topi, mentre i topi vaccinati con le stesse spirochete di controllo (cioè non trattate col salvarsan o neosalvarsan) mostrano prontamente i segni dell'infezione. In ciò sta la prova, che il salvarsan o il neosalvarsan — quale che sia il caso — è stato assorbito dalle spirochete e le ha danneggiate, e che tale traccia di salvarsan, che deve essere eccessivamente esigua, è stata sufficiente per prevenire la moltiplicazione dei parassiti nell'organismo animale. Con questo esperimento semplice è assolutamente dimostrato l'effetto diretto del salvarsan e del neosalvarsan sulle spirochete (e quindi il principio della fissazione); ogni obiezione, che l'effetto sia indiretto, dovuto ad anticorpi, cade senz'altro.

Fu necessario però di penetrare più profondamente nel meccanismo di questa fissazione dei rimedii.

Soltanto dopo lunghi sforzi una concezione chiara è stata felicemente ottenuta. Per compiere progressi pratici divenne indispensabile non contentarsi della idea primitiva, ma di studiare, in qual maniera le sostanze vengono fissate dai parassiti o dalle cellule. Fu possibile solo dopo un lavoro indefesso di chiarire queste relazioni complesse, e riguardo a ciò specialmente gli studi sui tripanosomi e in particolar modo l'investigazione degli stipiti tossico-resistenti condussero ad una conoscenza definitiva del processo di fissazione.

Mentre un trattamento continuato dei topi con certi rimedi — p. e. fucsina — fu possibile di ottenere alla fine una razza di tripanosomi, divenuta immune contro questi rimedi, cioè tossico-resistente, immune contro la fucsina nel caso menzionato.

Tre classi particolari di rimedi differenti sono stati bene studiati a questo scopo:

1° Le composizioni arsenicali, nel seguente ordine storico: acido arsenioso, atossil, arsenophenylglicina, salvarsan e neosalvarsan.

2° I cosidetti colori azoici, tripano rosso e tripano bleu.

3° Sostanze coloranti basiche di triphenylmethan: fucsina, violetto di metile, ecc.

Una razza di tripanosomi, la quale è stata resa immune contro un gruppo di sostanze tossiche, non è immune contro i due altri gruppi. L'immunità è quindi di natura specifica, inquantochè essa è limitata ad una definita classe di sostanze chimiche.

È stato appunto questo carattere specifico che mostrò come la fissazione debba essere un processo puramente chimico.

Studi anteriori relativamente ad un altro problema — cioè quello delle tossine ed antitossine — indicarono la natura di tale processo. Era stato dimostrato, che le tossine dissolventi sviluppavano la loro azione distruttiva sulla cellula, inquantochè vengono assorbite da certi componenti specifici della cellula — catene laterali — che l'oratore ha caratterizzate come recettori, e che le antitossine non rappresentano altro se non i recettori cellulari prodotti in eccesso sotto l'influenza delle tossine.

Per varie ragioni Ehrlich ha esitato nel trasferire questa teoria ai corpi chimici; ma le brillanti investigazioni di Langley sugli alcaloidi fecero scomparire ogni dubbio e resero probabile l'esistenza di chemo-recettori.

Sotto l'influenza di una sostanza tossica i chemo-recettori perdono a poco a poco la loro affinità per certi gruppi molecolari in essa contenuti. Questa riduzione di affinità spiega in modo semplice, perchè quantità sempre crescenti della composizione arsenicale diventino necessarie per la distruzione di una razza di spirochete arsenico-resistenti, poichè l'affinità diminuita può essere superata soltanto da un corrispondente *plus* della composizione arsenicale.

Veniamo quindi alla conclusione, che nei parassiti sono presenti *differenti specifici chemo-recettori,* p. e., l'arseno-recettore, che fissa il gruppo trivalente di arsenico come tale, e l'aceto-recettore che lega a sè il gruppo acido acetico, e molti altri recettori ancora.

La conoscenza completa di tutti questi recettori potrebbe essere designata come la *fisiologia terapeutica della cellula,* e questa è una *conditio sine qua non* per un trattamento chemioterapeutico efficace.

Sembra che varî parassiti abbiano spesso in comune certi recettori chimici. Rimedi che colpiscono questi recettori, possono quindi avere una azione curativa sopra una grande serie dei più svariati agenti patogeni. *Quanto più gran-*

de è il numero dei varî chemo-recettori che si possono dimostrare, tanto più grande è la possibilità di una chemoterapia efficace.

Nelle sostanze adatte ad uso terapeutico oltre il gruppo fissatore (aptoforo) dev'esservene un'altro che produce la distruzione e viene caratterizzato come *tossiforo*. Non è necessario che questi gruppi si trovino connessi direttamente uno coll'altro nelle sostanze sintetiche molto complicate, ma possono essere legati a una molecola chimica alla maniera di catene laterali, come gruppi separati. Gli agenti chemioterapeutici complessi si possono paragonare ad una freccia avvelenata; il gruppo fissatore della sostanza, che si lega al chemio-recettore del parassita, corrisponde alla punta della freccia; il segmento congiungente è l'asta; il gruppo tossico è il veleno applicato alla punta della freccia. Nel caso del salvarsan (diossidiamidoarsenobenzolo) il gruppo benzolo corrisponderebbe all'asta, il gruppo orthoamidofenolo alla punta, il gruppo trivalente arsenicale al gruppo tossiforo alla punta della freccia.

Il rimedio deve avere non solamente affinità possibilmente più forte per il parassita, ma anche affinità possibilmente più debole per l'organismo che ospita il parassita.

Gli esperimenti sugli animali con tripanosomi e spirille hanno dimostrato che l salvarsan è il rimedio all'uopo più indicato.

Il passo dal laboratorio alla pratica, al letto dell'ammalato, è straordinariamente difficile e pericoloso in causa di due fattori:

1° Negli uomini esistono le così dette idiosincrasie, forme di ipersensibilità, che non s'incontrano negli animali. È noto p. e. che in un grande numero di persone interamente sane la consunzione di certi cibi (fragole, gamberi, ecc.) produce spiacevoli eruzioni alla pelle, e quasi la metà dei nostri rimedii può determinare tali fenomeni di ipersensibilità. Non può destare sorpresa quindi, che tali fenomeni possono manifestarsi in una forma particolarmente seria coll'impiego di agenti terapeutici così potenti come l'arsenico e il mercurio. (Certe composizioni arsenicali possono produrre disturbi della vista e persino la cecità). Per fortuna questa ipersensibilità contro il salvarsan è assai rara. In realtà molte altre circostanze (difetto dell'acqua, errori della tecnica, ossidazione del salvarsan, scorretta alcalinizzazione, ecc.), hanno condotto in numerosi casi all'idea sbagliata, che esistesse questa ipersensibilità.

2° È stato dimostrato, che certe malattie di natura costituzionale possono causare una ipersensibilità contro i preparati arsenicali, p. e. la tubercolosi delle glandole surrenali (malattia di Addison), la diatesi linfatica, ecc.

Anche la localizzazione della malattia, che cerchiamo di guarire, può essere causa di pericolo.

Dobbiamo a Roberto Koch le prime conoscenze di questo peculiare fenomeno, la ben nota reazione a focolaio alla tubercolina. Reazioni esattamente simili possono avvenire, quando i parassiti vengono rapidamente dissolti in un focolaio che n'è pieno. Allora sotto l'influenza delle tossine liberate incomincia una irritazione dei tessuti, con iperemia e gonfiore, la quale è nota, per le malattie luetiche, come «*reazione di Jarisch-Herxheimer*».

Tali reazioni naturalmente non sono di grande importanza quando si manifestano sulla pelle; ma se i centri reagenti hanno la loro sede nella vicinanza di organi vitali (cervello), allora il gonfiore può provocare disturbi molto serii e pericolosi, persino la morte.

Sarebbe però un errore, di attribuire i disturbi nervosi a un nevrotopismo del salvarsan.

La «*tattica terapeutica*», risultato di una vastissima serie di osservazioni, è la seguente:

1° Si tenti la *therapia sterilisans magna,* cioè di liberare con una o due iniezioni l'organismo dai parassiti. Negli esperimenti su animali ed anche in una serie di importanti malattie questo principio può essere eseguito in modo chiaro e puro.

Qui perciò è applicabile l'antico motto terapeutico «*Frapper fort et frapper vite*». È naturale, che la dose necessaria dev'essere più grande in proporzione colla severità della malattia, poichè è assolutamente chiaro, che quando un numero definito di parassiti viene distrutto da una certa definita dose del rimedio, la quantità dev'essere moltiplicata, se il numero dei parassiti — come succede durante il corso dell'infezione — si è pure moltiplicato.

Si usi il rimedio il più presto possibile (*frapper vite*), poichè in questa circostanza si ottiene facilmente e quasi sicuramente il pieno successo. Se 95 % dei parassiti vengono uccisi dal rimedio, allora i rimanenti soccombono agli anticorpi, che si formano rapidamente. Ma se i parassiti vengono uccisi in quantità insufficiente, allora potrà crescere una seconda generazione, la quale sarà forse tossico-resistente.

Qual'è la ragione, per cui un certo numero dei parassiti può sfuggire all'azione sterilizzante del rimedio?

Se si aggiunge una quantità esattamente definita di un antisettico ad un liquido contenente batteri, allora avviene una completa disinfezione; neanche un solo germe sfugge all'influenza distruttrice. Ma tali condizioni ideali non esistono nell'organismo vivente. Persino nella disinfezione di un ambiente troviamo qualche

volta, che in certi posti, i così detti *angoli morti,* formati da tubi di gaz o acqua, ecc., il gaz disinfettante non agisce sufficientemente. Nella stessa maniera i parassiti, che hanno sede in tali « angoli morti » dell'organismo, non vengono raggiunti dal rimedio. L'angolo morto più importante è lo spazio tra midollo spinale e dura madre. I rimedi con grandi e complesse molecole non possono penetrare nel liquido cerebro-spinale. Qui dunque i parassiti sono riparati dall'uccisione.

Per vincere questo ostacolo, si è tentato prima di tutto di usare invece di una iniezione sola una lunga serie di iniezioni durante parecchie settimane in accordo col detto « *gutta cavat lapidem* ». (V. risultati di Dreyfus a Francoforte e di Leredde a Parigi).

In seconda linea è stato adoperato un rimedio terapeutico di un volume molecolare il più piccolo possibile, come l'urotropina (con buon risultato da Flexner in casi di paralisi infantile).

Un terzo tentativo è stato quello di facilitare la penetrazione del rimedio mediante l'azione di sostanze chimiche sulle membrane del midollo spinale (finora sfortunatamente senza risultato tangibile).

Finalmente sono state tentate iniezioni dirette nel liquido cerebro-spinale (Kopke, Lisbona).

Swist e Moore (Istituto Rockefeller) trattarono il paziente come al solito con salvarsan; poco dopo gli cavarono del sangue ed iniettarono il siero nel liquido cerebro-spinale. I risultati ottenuti con questo metodo furono interamente soddisfacenti.

È evidente che tutte queste misure tendono allo scopo di rendere i punti che non si possono raggiungere facilmente, più accessibili all'agente terapeutico. Dall'altra parte però il maggiore potere di resistenza di certi parassiti dev'essere preso in considerazione, e questa è una questione puramente chimica, che non può essere risolta se non da mezzi chimici. La strada, che conduce alla soluzione e che promette i migliori risultati, è la terapia combinata.

Da ciò che è stato detto si arguisce facilmente, che la terapia combinata viene eseguita meglio con agenti terapeutici, i quali attaccano completamente diversi chemo-recettori dei parassiti. È inutile p. e. combinare la fucsina colla sostanza affine violetto di metile, così pure è inutile combinare terapeuticamente tripano-bleu e tripanorosso, perchè ambedue attaccano i medesimi punti nei parassiti; ma è necessario di scegliere in ogni gruppo la sostanza più efficace e poi combinarvi i più indicati rappresentanti dei vari tipi.

È chiaro che in questa maniera viene diretto un attacco simultaneo e vario sui parassiti, in accordo colla massima militare *marciare separati e combattere uniti.*

Riguardo a ciò è stato trovato l'interessante fatto, che usando tali combinazioni non c'è bisogno che si manifesti una sommazione delle proprietà tossiche delle varie sostanze per quanto concerne l'organismo, ma che le proprietà terapeutiche vanno sommate per quanto concerne il parassita.

Due rimedi che attaccano ambedue il parassita, ma che sono tossici per cellule del corpo interamente differenti, e che hanno una tossicità p. e. di 1/2, mostrano quindi combinati una tossicità di almeno 1/2 + 1/2 per i parassiti, ma meno di 1/2 + 1/2 per gli organi. Questa terapia combinata è dunque particolarmente preziosa e ad essa sembra riservato un grande avvenire, un sempre crescente campo di azione.

Alla fine della sua forbita conferenza l'oratore ha riferito su alcuni risultati pratici, ha dato esempi di malattie prodotte da spirochete e protozoi, le quali sono guaribili mediante la chemoterapia, in cui cioè il principio della *Therapia sterilisans magna* è stato coronato da successo. È possibile di guarire con una sola iniezione la framboesia tropicale (yaws) A Surinam un ospedale, in cui furono curati più di 300 ammalati con framboesia, è stato chiuso dopo l'introduzione del trattamento salvarsanico: una sola iniezione era sufficiente per la guarigione, e tutti i malati tranne due poterono essere licenziati. Si può sperare che sarà possibile in questo modo di estinguere completamente la framboesia.

Gli stessi risultati favorevoli sono stati ottenuti con una sola iniezione nella febbre ricorrente dell'uomo.

Spesso anche la sifilide è guaribile nel primo stadio dell'infezione con una sola iniezione, di una grande dose, ma la cura abortiva mediante il trattamento intenso è molto più sicura.

Angina di Vincent, malaria terzana, blastomicosi, bottone d'oriente (Aleppo), malattie polmonali dei cavalli, che sono di enorme importanza per le autorità militari, linfangite epizootica, vengono guarite col salvarsan.

La dissenteria amebica è guaribile coll'emetina, la piroplasmosi degli animali col tripanobleu.

Gli schizomiceti offrono maggiore resistenza agli attacchi dei rimedi. Ma i lavori di Morgenroth di Berlino col pneumococco e della Contessa von Linden di Bonn col bacillo di Koch lasciano sperare, che avremo buoni risultati nell'avvenire anche in questo campo così importante, il

quale appena ora è stato aperto alle indagini sperimentali.

E se gettiamo uno sguardo sullo sviluppo della medicina e specialmente sulla lotta contro le malattie infettive, dobbiamo riconoscere, che negli ultimi cinque decenni sono stati fatti i progressi più importanti, connessi sopra tutto con i nomi di Pasteur, Koch, von Behring e con una schiera di altri scienziati.

Epidemie ed altre malattie infettive non offrono più oggi i pericoli di una volta. I nostri sforzi devono essere diretti a riempire le lacune lasciate nella difesa, ad ottenere la guarigione delle malattie, in cui i poteri naturali dell'organismo sono insufficienti.

Ed ora abbiamo fondamenti definiti e sicuri per i principî scientifici ed i metodi chemioterapeutici; la strada è visibile davanti a noi, una strada certamente non sempre facile, ma praticabile.

Dobbiamo lavorare insieme e dare una speciale importanza al motto *viribus unitis*, che è di guida in tanti altri campi.

Siamo venuti al Congresso da tutti i paesi della terra per testimoniare il fatto, che nel mondo delle scienze sono cadute tutte le barriere nazionali. I. ULLMANN, Roma.

SUNTI E RASSEGNE

EPIDEMIOLOGIA.

La diffusibilità dei germi patogeni.

(A. CELLI, *Ann. d'Ig. sperim.*, 1913, fasc. II).

Il prof. Celli chiama *diffusibilità* la tendenza delle malattie infettive a diffondersi, colpendo numerosi individui di una località (*quoad numerum*), ovvero vaste regioni (*quoad locus*).

Considera le variazioni di questo elemento in in rapporto al tempo (*quoad tempus*) e distingue le *ricorrenze* epidemiche in stagionali, pluriannuali e secolari.

Ne adduce un copioso numero di esempi.

Indaga poi le cause di questo comportamento delle epidemie e le cerca nelle immunità e predisposizioni organiche da infezioni precorse (in questo modo possiamo spiegarci l'attenuazione periodica del vaiuolo, della difterite, del morbillo, della malaria), nelle condizioni meteoriche (alcuni germi, come i vibrioni del colera, si moltiplicano più attivamente o divengono più virulenti in estate, altri, come i bacilli di Koch, attenuano la loro vitalità e la loro virulenza; il calore favorisce lo sviluppo degli artropodi che fungono da agenti di trasmissione, come le mosche e le zanzare; in inverno la vita addensata facilita i contagi di molte malattie, il freddo lede gli organi respiratori e agisce da causa predisponente, ecc.); infine nei fattori sociali (carestie, guerre, pellegrinaggi, migrazioni, ecc.)

L'eminente igienista non crede che tutte queste cause bastino a spiegare l'avvicendarsi delle esacerbazioni e attenuazioni delle epidemie.

Egli invoca in più una *proprietà insita del protaplasma vivente degli agenti aggressori*. Sussidia il suo concetto con esempi analogici, i quali naturalmente non sono probativi. Egli quindi espone tutto un piano di ricerche per assodare se veramente i batteri e i protozoi patogeni vadano soggetti a cambiamenti biologici in rapporto con la varia loro diffusibilità: stipiti isolati da casi sporadici e da forme a larga diffusione dovrebbero essere studiati nelle proprietà fisiche, chimiche, patogene, nelle reazioni immunitarie, ecc.

Queste ricerche sono già state avviate nell'Istituto d'Igiene di Roma.

Ne deriverà un importante e originale contributo all'epidemiologia.

Riportiamo integralmente le conclusioni del lavoro; esse precisano e definiscono meglio i concetti su esposti:

« Le epidemie come le epizoozie vanno soggette alla legge universale del ritmo, cioè più o meno regolarmente presentano nel loro decorso un ciclo periodico secolare, annuo e (non sempre) mensile.

« A spiegare tutti questi cicli non bastano nè le immunità o predisposizioni organiche ereditarie, naturali ovvero consecutive a pregresse epidemie, nè le predisposizioni degli organi più colpiti, nè le condizioni di tempo o di luogo, nè quelle economico-sociali, nè gli usi e costumi de' popoli, e nemmeno i mutamenti sia del potere patogeno dei germi, sia dei loro veicoli.

« Alte ragioni di biologia generale e di analogia col mondo vegetale e animale tendono a farci ritenere che, come dallo stesso protoplasma del microcosmo dei germi patogeni emanano tante altre mirabili proprietà biofisiche (movimento, luce, calore...), biochimiche (enzimi, pigmenti...), metaboliche o di nutrizione, patogene e antigene, così vi debba anche essere insita la causa prima del non fatale andare della diffusibilità delle epidemie ed epizoozie.

« Per tentare però sperimentalmente la dimostrazione di quest'altra proprietà, secondo me fondamentale, ed intrinseca dei germi patogeni, bisogna procedere a ricerche metodiche biochimiche e biofisico-chimiche comparate su stipiti di germi provenienti sia dall'organismo colpito, sia dall'ospite, e sia dall'ambiente nelle epidemie di grado estremamente opposto di diffusibilità.

« Simili esperienze, già iniziate nella sezione microbiologica dell'Istituto d'igiene di Roma, è a sperare s'intraprendano anche altrove ».

Dalla nozione delle ricorrenze cicliche si desumono alcuni corollari pratici.

Ad esempio, si richiede molta cautela nell'apprezzare l'efficacia delle misure terapeutiche e profilattiche che vengono opposte alle malattie epidemiche.

Così la legge Crispi sulla polizia dei costumi coincidette con l'inizio di una fase ascendente delle malattie celtiche; quindi parve a torto che le misure sancite fossero inefficaci.

Dopo il chinino si sono ancora avute delle oscillazioni della malaria, ma l'influenza del chinino è stata marcata dal precipitare della curva di mortalità col progredíre del consumo del farmaco di Stato.

Anche il colera ha avuto delle fasi regolarmente quadriennali e biennali, che permettono la prognosi, e, senza esagerazioni, agevolano la lotta contro l'epidemia.

Come si rileva, questo nuovo campo di studi epidemiologici non presenta solo un interesse teorico, ma anche uno eminentemente pratico.

I. T.

DERMATOLOGIA.

Le secrezioni interne in rapporto con la dermatologia.

(MALCOLM MORRIS. *Brit. med. Journ.*, 17 mag. 1913).

Nel 1893 il Bramwell segnò l'inizio dell'organoterapia in dermatologia riferendo i primi risultati terapeutici ottenuti in casi di lupus, eczema, psoriasi dalla somministrazione interna di estratti di glandola tiroide. Questi preparati avevano già dato risultati favorevoli nel missedema al Makenzie, Davis, ecc.; ed erano stati già applicati su vasta scala nelle affezioni cutanee. Ma furono dati senza discernimento; e però dopo qualche anno caddero quasi in disuso.

Le nuove conoscenze di fisiologia e patologia delle glandole a secrezione interna, e l'uso di questi preparati dettato da criteri discernitivi più accorti hanno fatto rinascere il favore per l'organoterapia in virtù dei migliori risultati ottenuti.

Non sono privi d'interesse brevi cenni storici sulle nostre conoscenze intorno alle secrezioni interne.

Nel suo trattato di fisiologia del 1776, Haller raggruppò insieme la tiroide il timo e la milza, dimostrando che i loro prodotti di secrezione, malgrado la mancanza di dotti escretori, pervengono nella circolazione generale. Nel 1849 Müller a questo gruppo di glandole a secrezione interna, aggiunse la placenta e le glandole surrenali. Nel 1849 Berthold pubblicò i risultati dei famosi esperimenti di trapianti di testicoli di gallo, mediante i quali gli animali conservano attivi i loro caratteri di maschilità. E dimostrò poi l'influenza che alcuni organi esercitano nell'economia generale mediante il mezzo sanguigno che circolando li attraversa, dimostrando così per il primo l'esistenza della secrezione interna ed il suo significato in fisiologia.

Ma a questa dimostrazione non fu data l'importanza dovuta. E spettava poi al Brown-Séquard nel 1869 il merito di formulare la teoria che tutte queste glandole, fornite o no di dotto, producono e dànno nel sangue speciali sostanze d'utilità fisiologica. E spinto dalla scoperta della malattia di Addison, volle studiare sperimentalmente l'azione delle glandole surrenali, e concluse che in alcuni animali, dopo l'estirpazione di queste glandole, si ha rapidamente la morte, che si può ritardare mediante iniezioni di estratti soprarenali.

Nel 1889 pubblicò i risultati ottenuti in 20 anni di ricerche mediante le iniezioni di estratti di sostanza testicolare. Così divenne il vero fondatore dell'organo- ed opoterapia moderna.

Dopo avere accennato allo sviluppo storico delle nostre conoscenze sulla fisiologia della tiroide e paratiroide e sui rapporti funzionali di queste glandole, l'A. ricorda che al corpo pituitario fu riconosciuto il carattere di glandola secretrice fin da Galeno e da Vesalio, e che solo recentemente nel 1889 Pierre Marie, illustrando i suoi rapporti con l'acromegalia, ne definì l'influenza sullo sviluppo del corpo (gigantismo, infantilismo, ed altre anomalie dello sviluppo).

Starling propose per il primo il termine di *ormoni* (dal greco ορμάνω = io eccito) per indicare quegli stimoli chimici, prodotti di secrezione interna, che per mezzo del sangue vengono trasportati dall'organo nel quale hanno origine sull'altro, sul quale esplicano la loro influenza.

Sintomi cutanei del missedema. — Come la tiroide e le altre glandole a secrezione interna

si influenzino scambievolmente ed influenzino lo organismo in generale; sia che i loro prodotti di secrezione stimolino il metabolismo e lo sviluppo, o neutralizzino le tossine del metabolismo, o esercitino effetti inibitori su dati organi, o vi siano speciali combinazioni di questi processi, è questione ancora non nota. I rapporti funzionali fra le varie glandole certo rendono più difficile la conoscenza della funzione tiroidea.

È certo però che alla degenerazione di quest'organo segue la comparsa di alterazioni della pelle che fan parte della sindrome del missoedema. È quindi da ritenere, fondandosi su dati clinici, che a disturbi funzionali della tiroide possano attribuirsi le manifestazioni cutanee analoghe a quelle del missoedema. In questa malattia la cute è fredda, arida, scabra, con traspirazione quasi affatto abolita, di colorito giallastro a volte; essa presenta delle tumescenze, e così possono tumefarsi anche le mucose. Un reticolo di capillari e di vene dilatate può arrossare le guancie.

Swale Vincent ha trovato che gli elementi del tessuto connettivo del derma sono diradati, mentre le fibre sono la sede di un processo iperplastico, e i nuclei e le fibrille di sostanza gelatinosa sono numerosi fra i lobuli di grasso: la cute si presenta come imbibita da una sostanza semifluida. I capelli sono rari; i peli del pube e delle ascelle spesso cadono; cadono i peli delle ciglia e sopracciglia; in alcuni casi i denti sono fragili e cariati.

Siccome questi sintomi dispaiono dopo l'uso dei preparati tiroidei, era da aspettarsi di avere risultati simili in condizioni analoghe, ma non associati a missedema, come nell'ittiosi, xerodermia, alopecia ecc. E ciò è stato dimostrato difatti dall'esperienza.

Nelle malattie croniche della pelle, a causa ignota, l'A. consiglia di tentare sempre questa terapia.

Se la tiroide è più piccola del normale, gli estratti tiroidei sono indicati; non così se vi sia marcata ipertrofia della tiroide.

Però l'insufficienza tiroidea può essere dovuta non all'atrofia della glandola, ma alla iperplasia della sostanza interstiziale a danno della sostanza glandolare. Inoltre l'ipertrofia della tiroide può avere caratteri di compenso e non morbosi, per il ristabilirsi dell'equilibrio nel sistema di glandole endocrine, disturbato dalla insufficienza di altre glandole.

In alcuni casi di ipertrofia tiroidea, la terapia tiroidea ha fatta sparire le alterazioni della cute; perciò non è da ritenere vi sia sempre una controindicazione all'uso degli estratti tiroidei in tutti i casi di iperplasia della tiroide.

Malattie pruriginose. — In nessuna affezione cutanea i preparati tiroidei hanno dato risultati migliori di quelli avuti nella *psoriasi*. Per non avere risultati contraddittori, bisogna scegliere i casi bene adatti a questa cura e che, secondo l'A., sono quelli nei quali la malattia della pelle è una complicante di altri stati morbosi per i quali l'opoterapia tiroidea è indicata (obesità, reumatismo articolare o muscolare, osteomalacia, rachitide, emofilia, ecc). Può trattarsi di coincidenza casuale di due diversi processi morbosi; ma quasi sempre la malattia della pelle ha un sostrato di predisposizione nelle condizioni morbose costituzionali.

L'A. ha trovato efficace il trattamento tiroideo specialmente nei casi di psoriasi associata all'adiposi; e lo ritiene indicato nei casi cronici più che negli acuti, anzi pensa che i preparati tiroidei non debbano somministrarsi se non quando l'eruzione è in un periodo di stato.

Lévi e de Rothschild hanno avuto risultati favorevoli nei casi di psoriasi associata a reumatismo cronico.

L'effetto prodotto consiste nell'attenuare ed abolire lo stato irritativo, e poi nello stimolare gli strati epidermici sì che si ha desquamazione e caduta degli epitelî degenerati con sostituzione di epidermide normale.

Anche dei casi ostinati di *prurito* si sono dimostrati sensibili all'azione di questi preparati.

L'A. ha avuto ottimi risultati in casi di *eczema cronico* od *acuto* in soggetti polisarcici e in soggetti affetti da xerodermia. Risultati incoraggianti hanno avuto anche Marbé, Eason, Léopold Lévi, de Rothschild, ecc. Noussous ha avuto buoni risultati nell'eczema seborroico del cuoio capelluto.

Distrofie della pelle. — Nell'*ittiosi* la terapia tiroidea è stata applicata con esito favorevole fin dai primi tempi dell'organoterapia cutanea dal Branwell e dal Davies. Risultati favorevoli hanno pure ottenuto Darier, Stellwagon, Weill, Barth, Mouriquand.

Nella *malattia di Darier* c'è ragione di credere che i preparati tiroidei siano indicati, essendo essa probabilmente espressione di una distrofia dell'epidermide.

Nella *sclerodermia* si ha una deviazione della nutrizione del derma analoga a ciò che si verifica nel missoedema: Ehrmann pensa si tratti di un'autointossicazione d'origine tiroidea: Pedrazzini in 4 casi su 5 ha trovato la tiroide piccola ed atrofica. Numerosi autori vantano ottimi risultati dall'uso dell'opoterapia tiroidea nella sclerodermia. Léopold Lévi e Rotschild in 5 casi su 9 hanno avuto guarigione completa; la cura dev'essere però prolungata.

White di Boston ha avuto notevole miglioramento dalla cura tiroidea in un caso di *acanthosis nigricans*.

Il *cheloide* fu trattato con l'opoterapia tiroidea per la prima volta da William White degli Stati Uniti, poi da Stellwagon e da altri: in alcuni casi si è avuta una diminuzione reale della cicatrice. L'A. ha osservato mitigarsi i sintomi dolorosi che spesso accompagnano il cheloide.

Anche le *verruche multiple* sarebbero più volte guarite sotto l'influenza di estratti di tiroide.

Questi preparati hanno dimostrato più chiara influenza benefica in casi di *acne vulgaris* degli adolescenti accompagnata da seborrea della faccia e della testa, ed in casi di *acne rosacea* associata all'adiposi, ai disturbi della menopausa, o ad irregolarità della mestruazione.

Bramwell, Pearce Gould, R. Crocker, Pringle, M. Morris hanno ottenuto risultati rapidi e sorprendenti in casi di *scrofuloderma* ed anche, pare, in *forme lupose*.

Nel morbo di Basedow, attribuito ad un eccesso o pervertimento della funzione tiroidea, i sintomi cutanei sono l'opposto di quelli del missedema: la pelle è calda, coperta da sudore, presenta frequenti discromie, prurito, *urticaria jactitia*, eritemi, ecc.; comuni al gozzo esoftalmico ed al missedema sono la caduta dei capelli e l'atrofia delle unghie.

Nel gozzo esoftalmico i preparati tiroidei sarebbero controindicati; ma si è osservato invece che essi in più casi hanno dato risultati soddisfacenti, probabilmente nei casi cosiddetti di *istabilità tiroidea*, nei quali l'ipertrofia della tiroide ha valore vicariante a compenso di deficienze di altre glandole a secrezione interna.

Malattie del sistema pilifero. — L'influenza della tiroide sullo sviluppo dei peli è indubbia. Nel missedema i capelli diventano aridi, le ciglia e le sopracciglia e i peli del pube e delle ascelle cadono frequentemente, mentre che il trattamento tiroideo li fa tornare normali. Hertoghe ricorda un caso di calvizie totale per missedema, guarita completamente dai prodotti tiroidei. Nella ipertrofia della tiroidea, si ha invece ipertricosi. La tiroide ha inoltre un'influenza evidente sul colorito dei peli; in qualche caso di canizie precoce gli estratti tiroidei hanno ridato il colore ai capelli.

Anche le glandole surrenali e la pituitaria hanno la loro parte nella funzione tricogenica. Nell'iperpituitarismo si può avere ipertricosi, ed invece la caduta dei peli nell'ipopituitarismo. Più volte il quadro clinico dell'ipernefroma è completato dai sintomi di uno sviluppo sessuale precoce (flussi menstruali, sviluppo delle mammelle e dei peli del pube ecc.). Nell'atrofia delle glandole surrenali si ha invece ipoplasia degli organi sessuali e mancanza di sviluppo dei peli del pube.

Così è nota l'influenza che le glandole sessuali esercitano sullo sviluppo del sistema pilifero: nella menopausa spesso le donne sono infastidite dallo sviluppo di peli sulla faccia; gli eunuchi non diventano calvi; ecc.

Malattie delle unghie. — Nel missedema e nel gozzo esoftalmico, le unghie possono subire alterazioni degenerative, contro le quali i preparati tiroidei dimostrano manifesta azione terapeutica. Anche nell'insufficienza funzionale della pituitaria si hanno manifestazioni distrofiche delle unghie.

Pigmentazione della cute. — È nota l'esagerata pigmentazione della cute e delle mucose, caratteristica del morbo d'Addison. Fenomeni analoghi si osservano nell'iperpituitarismo. I cloasmi della gravidanza fan pensare che le secrezioni degli organi sessuali influiscano anche essi sulla colorazione normale della cute. Nel missedema si ha una tinta giallastra della pelle, che Lancereaux, Paulesco ed altri hanno visto sparire in seguito alla cura tiroidea.

L'A. consiglia di essere parchi nelle dosi di tiroidina e di sorvegliarne continuamente gli effetti, perchè le piccole dosi si sono dimostrate efficaci quanto le forti dosi che prima venivano somministrate, e d'altra parte giovano ad evitare i pericoli dell'ipertiroidismo (tachicardia, nausea, cefalea, lombalgie, insonnia). Nei casi in cui sia indicato, l'autore associa l'arsenico ai preparati tiroidei, nella psoriasi per es.

Ghiandola pituitaria. — Nella ricerca delle cause delle affezioni cutanee, il dermatologo non deve trascurare di attribuire la parte che spetta al corpo pituitario. Sono intimi e vicendevoli i rapporti fisiologici e patologici fra tiroide e pituitaria: in 24 casi di acromegalia Furnival ha trovato soltanto 5 tiroidi normali, e Schöneman in 85 casi di gozzo ha osservato 84 volte alterazioni varie della pituitaria. Nell'acromegalia si ha ipertricosi e sviluppo eccessivo del follicolo pilifero, e per l'esagerata attività funzionale delle glandole sebacee, la pelle si presenta umida e grassa. Si nota anche iperplasia del coonettivo sottocutaneo. Nell'ipopituitarismo primario le alterazioni cutanee sono l'opposto di quelle dell'acromegalia.

L'iperattività funzionale della pituitaria, porta a stimoli speciali sulle epifisi delle ossa lunghe, per cui queste si sviluppano rapidamente, ed in conseguenza la pelle presenta delle strie da distensione rapida.

Timo. — Dati i rapporti di sviluppo e i rapporti funzionali che esistono fra il timo e lo apparecchio sessuale, è possibile che a speciali disordini funzionali di questa glandola siano dovute certe affezioni cutanee frequenti specialmente nell'infanzia e nella pubertà (certe forme di acne per es.).

Gli estratti di timo, di glandola pituitaria, e di glandole surrenali, non sono stati ancora largamente sperimentati. L'A. ha avuto buoni risultati nell'acne dall'uso combinato di estratti di timo e di tiroide, nell'orticaria cronica e nell'edema angioneurotico dall'estratto soprarenale e pituitario, nel lupus eriteratoso anche dall'estratto soprarenale.

L'influenza che la tiroide e le altre glandole a secrezione interna esercitano sullo sviluppo e sul metabolismo, e così sulla nutrizione della cute ed annessi, indica che ulteriori conoscenze sulla loro natura e la loro funzione potranno giovare alla soluzione di importanti problemi di dermatologia. Si può pensare che i disturbi funzionali di queste glandole siano la causa di speciali affezioni cutanee d'oscura patogenesi, ed in altri casi creino le condizioni predisponenti a speciali malattie di natura batterica o tossica.

Molti dei risultati terapeutici su riferiti meritano, secondo noi, conferma; quindi è con una certa riserva che deve esserne inteso il loro valore pratico.

P. SABELLA.

UROLOGIA.

Sull'atonia della prostata.

(MAX MARCUSE. *Medizinische Klinik*, 1912, n. 45).

La prostata è ancora uno di quegli organi la cui funzione, malgrado le numerose e diligenti ricerche, non è del tutto nota. Essa è in gran parte ancora un problema, problema che negli ultimi anni si è andato complicando per essersi riconosciuto che la prostata è una ghiandola anche a secrezione interna.

Se sono noti i disturbi ed i processi morbosi che può provocare meccanicamente nell'apparato urinario la ipertrofia prostatica, ancora oscuri o per lo meno controversi sono i rapporti tra i disordini funzionali della prostata ed alcuni altri disturbi dell'apparato genito-urinario e del sistema nervoso.

Nella patologia uro-sessuale ha importanza etiologica non trascurabile l'atonia della prostatica. Essa è una affezione frequentissima: nessuna età ne è immune.

La diagnosi dell'atonia prostatica si fa a mezzo della palpazione dal retto: invece del piccolo tumore a forma di castagna, duro-elastico si palpa una borsa flaccida, vuota che talora non si distingue affatto nel tessuto ambiente.

Questa alterazione colpisce in genere l'intero organo, ma può limitarsi anche a un solo lobo e perfino a parte di questo.

Nei bambini, nei quali la prostata è appena accennata, il reperto dell'atonia si rileva difficilmente. La sensibilità della prostata atonica è alquanto diminuita.

Al reperto della palpazione dal retto corrisponde il risultato dell'esame dell'uretra e della vescica a mezzo del catetere, in quanto che in caso di atonia l'urina comincia a defluire non appena il catetere ha raggiunto l'uretra prostatica, il che è prova della scarsa consistenza della prostata.

Il secreto espresso dalla prostata atonica non mostra in genere apprezzabili differenze da quello della ghiandola normale.

Pare però che i leucociti ed i granuli prostatici si trovino più frequentemente e più abbondanti nel secreto della ghiandola atonica.

Come è noto la mobilità degli spermatozoi del secreto spermatorroico è piccolissima e può essere aumentata aggiungendo del secreto di prostata normale: il liquido della prostata atonica non ha questa proprietà, esso non ha affatto o ha scarsissima influenza sulla mobilità degli spermatozoi. Tuttavia questo fenomeno non appare o è appena accennato quando il liquido espresso dalla prostata è mescolato al contenuto delle vescichette seminali, il che nell'atonia della prostata accade frequentemente.

L'anatomia patologica della prostata atonica non è conosciuta, non si conosce quindi a quale alterazione organica delle ghiandole sia legato il disturbo funzionale.

Di regola l'atonia si stabilisce gradatamente insieme all'atrofia massiva della prostata, e per quanto non si possa stabilire con sicurezza se l'atrofia sia una causa o un effetto dell'atonia, pure si deve ritenere che l'alterazione organica colpisca tanto il tessuto muscolare che quello glandulare. D'altra parte però è stato anche osservato che l'atonia non è sempre corrispondente in intensità all'atrofia, e perciò i termini atonia ed atrofia prostatica non possono essere usati come sinonimi, per quanto, come si è detto, il più delle volte le due alterazioni sieno simultanee.

L'atonia della prostata è una complicazione ed una conseguenza della gonorrea notevolmente più frequente dei processi infiammatorî catarrali e parenchimatosi provocati nella ghiandola dalla stessa infezione.

Essa può accompagnare o seguire una prostastatatite gonococcica, ma può anche manifestarsi in conseguenza di una blenorragia senza che si sieno manifestati o per lo meno constatati fatti infiammatori a carico della prostata.

Il numero delle atonie prostatiche post-blenorragiche è tutt'altro che scarso: se è essa non viene ordinariamente constatata gli è perchè i medici nel pregiudizio che la complicazione abituale della gonorrea sia la ipertrofia della prostata, ritengono che questa sia perfettamente normale quando la trovano piccola e molle.

L'atonia della prostata si manifesta ordinariamente con incontinenza di urina e spermatorrea. La incontinenza dell'urina è verisimilmente in rapporto con una debolezza dello sfintere della vescica.

Analogamente si è creduto che l'enuresi notturna sia determinata dall'atonia della prostata.

Sulla essenza e sulle cause dell'enuresi notturna non si conosce nulla di sicuro e di incontestato. È certo però che se ben si considerino alcuni fatti, che accompagnano e seguono l'enuresi notturna ed il suo decorso, non si può negare un rapporto di causalità tra questo disturbo ed un'alterazione della prostata.

L'enuresi notturna non permane oltre la pubertà, di solito essa scompare spontaneamente all'epoca dello sviluppo sessuale, nel quale periodo si verifica anche il completo sviluppo della prostata; e già per questo fatto si potrebbe ammettere un rapporto di dipendenza tra la funzione prostatica e l'enuresi.

Ma questo rapporto è anche confermato dal fatto che gli individui affetti da enuresi giungono a pubertà più tardi che i normali e che la loro prostata alla palpazione mostra frequentemente i caratteri di un imperfetto sviluppo.

È noto che l'estratto tiroideo è efficace per la cura dell'enuresi e ciò, per la reciprocanza che esiste fra le glandule a secrezione interna, convaliderebbe la importanza causale della insufficienza prostatica.

D'altra parte bisogna anche considerare che gli individui, i quali hanno in fanciullezza sofferto di enuresi, dopo il loro sviluppo sessuale non raramente soffrono di analoghi disturbi dell'apparato uro-sessuale come uretrorrea, polluzioni frequenti, spermatorrea. In questi casi evidentemente l'atonia prostatica, forse appunto perchè si tratta di un difetto costituzionale, persiste dopo la pubertà producendo differenti manifestazioni patologiche in rapporto alle mutate condizioni anatomiche e fisiologiche indotte dalla pubertà nell'apparato uro-sessuale.

Pur tuttavia il maggior numero di coloro che nella fanciullezza soffrirono di enuresi notturna raggiunta la maturità sessuale sono esenti da qualsiasi altro disturbo uro-sessuale: in questi casi o l'enuresi non è in rapporto con un'atonia prostatica, o questa ultima non rappresenta una anomalia costituzionale, ma solo un'alterazione provocata da fatti riflessi o da processi infiammatorî, e che scompare con lo sviluppo sessuale del soggetto.

Qui cade acconcio osservare come tra l'enuresi e le polluzioni esiste una profonda analogia: a parte il fatto che le polluzioni sostituiscono l'enuresi nei soggetti sofferenti di atonia prostatica, vi sono altri elementi per far ritenere che i due disturbi sieno determinati dalle stesse cause e che in fondo sieno due processi patologici perfettamente identici, che hanno manifestazioni diverse solo per le mutate condizioni anatomiche in rapporto alla età. Fra l'altro come la polluzione è accompagnata e determinata da una rappresentazione onirica voluttuosa, così la enuresi notturna è frequentemente se non sempre accompagnata dal sogno che fanno i bambini di trovarsi sul vaso in atto di mingere.

Ordinariamente si ritiene che la polluzione non sia un fatto anomalo sol perchè è un fenomeno cui gli uomini vanno soggetti nella quasi totalità, ma se si tien conto che la atonia prostatica è stata constatata nel 60 per cento degli uomini, non si può disconoscere che la polluzione sia l'effetto dell'alterata funzione di un organo e quindi essa al pari dell'enuresi è una manifestazione morbosa.

L'enuresi notturna non è il solo disturbo della minzione provocato dall'atonia prostatica, la quale per altro può anche determinare negli adulti la incontinenza e lo stillicidio.

L'atonia, come si è detto, può essere innata, il più dele volte è causata da una gonorrea, ma non è escluso che possa essere determinata da altri processi infiammatori parassitarî (colibacillosi) o non.

Vi sono alcuni individui affetti da ipertrofia prostatica i quali hanno delle manifestazione identiche a quelle dell'atonia: questi casi confermano che i disturbi più che da alterazioni meccaniche sono dipendenti da alterazioni della secrezione interna.

La prostata come tutti gli altri organi può subire un processo di involuzione senza che si determini in essa delle apprezzabili alterazioni del volume e della consistenza; come vi sono dei soggetti i quali presentano tutto il complesso sintomatico del prostatismo senza che all'esame fisico possa accertarsi la ipertrofia prostatica, così non sono rari i casi di individui che hanno dei disturbi riferentisi all'atonia, senza che la prostata ne mostri i segni.

Questi fatti si riscontrano non raramente nei vecchi e si incontrano facilmente nel quadro del *climaterio virile*.

L'atonia prostatica in tali casi costituisce una delle manifestazioni del generale processo di «tra-

sformazione regressiva e di sostituzione » di un sintoma coordinato ai generali fenomeni d'involuzione.

Non vi è dubbio però che l'elemento meccanico compartecipi alla determinazione dei disturbi che accompagnano l'atonia della prostata. Questa per la sua posizione in rapporto al collo della vescica ed al dotto eiaculatore compartecipa certamente con le sue fibre muscolari alla chiusura della vescica e delle vescichette seminali. Per modo che nei casi di atonia la chiusura è incompleta ed è diminuito l'ostacolo al deflusso dell'urina e dello sperma.

Si è da alcuni affermato che l'atonia prostatica più che la causa sia l'effetto dei pervertimenti e di eccessi sessuali (onanismo, eccessi, astinenza, *coitus interruptus*, ecc). È più probabile che al riguardo si stabilisca un circolo vizioso.

Pare verosimile che l'atonia può essere causa di impotenza: si è osservato che in alcuni individui per effetto del cavalcare si è stabilito con l'atonia prostatica una impotenza, la quale, pel solo fatto dell'astenersi dal cavalcare, è andata gradatamente scomparendo insieme alla lesione prostatica.

Altre osservazioni farebbero ritenere che l'astinenza sessuale possa essere causa di atonia prostatica e di impotenza. Non può dirsi con sicurezza che l'onanismo provochi l'atonia.

L'atonia infine può provocare una caratteristica sindrome nevrastenica con sintomi sessuali (dolori lombo-sacrali, eiaculazione precoce, impotenza, ecc.); che questa sindrome sia in rapporto od un'alterazione della secrezione interna della prostata è provato dal fatto che spesso se ne ottiene la guarigione con la organoterapia.

La terapia dell'atonia della prostata è in generale promettente ed efficace. Si mostrano refrattarî solo quei casi nei quali l'atonia è verisimilmente in rapporto ad un difetto costituzionale.

Risultati poco soddisfacenti si hanno del pari nei vecchi prostatici e negli individui che presentano sintomi di climaterio virile.

Nella maggior parte degli altri casi per raggiungere lo scopo è sufficiente un trattamento locale a base di massaggio e di applicazioni calde e fredde. L'atonia prostatica gonorroica o postgonorroica deve essere curata come una prostatite gonococcica. Però pare che le iniezioni uretrali eccitino troppo fortemente la prostata e non agiscono favorevolmente sull'atonia. Migliori risultati si hanno dall'applicazione del gonostilo.

Vi sono alcuni casi nei quali il trattamento antigonococcico dà scarsi risultati, se non aggrava ancor più le condizioni della prostata: evidentemente tale risultato devesi al fatto che l'atonia non è stata determinata dalla gonorrea, ma è stata da questa solamente aggravata o svelata.

Sono questi i casi in rapporto ad una debolezza originaria della prostata, nei quali facilmente si riscontra l'enuresi nella fanciullezza, e nei quali l'alterazione prostatica è spesso accompagnata da altre stimmate o difetti costituzionali. Al riguardo bisogna accertare la causa vera o probabile dell'affezione ed indirizzare la cura nel senso etiologico.

DRAGOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di clinica e patologia medica della Università di Camerino
diretto dal prof. ANDREA FERRANNINI.

La « phlegmasia alba dolens » come complicanza della infezione pulmonitica

per il dott. LORENZO CASTRIOTA, assistente.

Con questa mia nota brevissima desidero semplicemente attirare l'attenzione della pratica clinica su una complicanza della infezione pulmonitica, che non trovo illustrata nei più diversi Trattati di patologia o di clinica medica, tranne un fugace cenno del prof. L. Landouzy nel capitolo sulla pneumococcia, facente parte del volume X del recentissimo *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, diretto da Brouardel e Gilbert. Quivi viene ricordato da Landouzy (pag. 110) che il nostro compianto prof. G. Mya, in un caso di *phlegmasia alba dolens*, nel corso di una pulmonite grave, rinvenne, alla necroscopia dell'infermo, nel trombo di una vena infiammata dell'arto inferiore, lo pneumococco, identificato tanto con culture quanto con le inoculazioni negli animali.

I sintomi fisici e funzionali della flemmasia alba dolente, sono stati da me osservati nell'arto inferiore di 3 su 4 infermi di pulmonite lobare, che sono stati degenti in questa Clinica nel corso di appena 25 giorni. I sintomi locali non hanno presentato note nosografiche, degne di speciale menzione, tranne la poca gravezza della sindrome e le seguenti particolarità in rapporto alla infezione pneumococcica.

In tutti e tre gli infermi la pulmonite si è localizzata nel lobo superiore del pulmone di destra (in un solo infermo, in B... L... fu Francesco, di anni 60) si è notato appena l'accenno

di diffusione del processo infiammatorio al lobo superiore del polmone di sinistra), in tutti tre gl'infermi la gravezza della infezione pneumococcica, come fenomeni generali, è stata molto spiccata (presenza di aritmie e intermittenze cardiache nello infermo B..., già citato: presenza di coma per 4 giorni nello infermo S.. V..., da Pozzuolo, di anni 17); in tutti e tre gli infermi l'esito della pulmonite è stato fausto, non ostante la elevata gravezza dell'infezione; in tutti e tre gl'infermi, la risoluzione ha avuto luogo per lisi o per crisi ad intermittenze, anzichè per crisi unica e definitiva; in tutti tre gli infermi la flemmasia alba dolente si è manifestata durante la convalescenza e nella identica parte del corpo, cioè nella gamba e nel piede di sinistra. Semplicemente la durata della flemmasia ha variato, essendo compresa tra un minimo di 6 ed un massimo di 12 giorni. La maggior durata si è verificata nell'infermo, in cui la pulmonite si associò con gravi aritmie e intermittenze cardiache (S... G... fu Giovanni).

In uno solo degli infermi, nel meno grave tra essi (B... L...), la insorgenza della flemmasia si è associata con febbre, ma di poca entità, perchè durata appena per 3 giorni, con un massimo termico di 37.3 nelle ore pomeridiane e senza l'associazione di brividi durante la invasione dei pochi decimi di febbre.

Oltre che sui dettagli relativi alla manifestazione di questa complicanza della infezione pneumonitica, mi sembra opportuno attirare l'attenzione sulla circostanza della spiccata frequenza di quella complicanza nella pulmonite, che si è venuta svolgendo durante la passata stagione invernale in Camerino. Basti ricordare, che, come ho detto, la ho osservata in 3 su 4 infermi di pulmonite, che sono stati ricoverati in questa Clinica durante lo spazio di soli 25 giorni. Questo dato di fatto induce a ritenere che la complicanza, nei casi da me osservati, dipende dal « genio epidemico » secondo la espressione favorita dei nostri antichi, o, come preciseremmo noi oggi, dalla qualità dell'intossicazione, inerente alla peculiare varietà di pneumococco.

La infezione pneumococcica, svoltasi in questo breve torno di tempo, tra le sue particolarità ha presentata quella di colpire anche le vene ed i linfatici degli arti inferiori, esclusivamente di sinistra, nella fase risolutiva del male, non altrimenti che, in altre epidemie della infezione pneumococcica, si è notato il microbo o le tossine rispettive, durante la convalescenza o durante altra fase del male, localizzarsi in altri organi o tessuti e sostenere così le meningiti, le otiti, le pleuriti, le peritoniti, le pericarditi, le artriti, le nefriti, le epatiti, oltre che queste varie localizzazioni infiammatorie possono associarsi o non con suppurazione.

Camerino, marzo-aprile 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

VII Riunione della Società italiana per il Progresso delle Scienze.

Notevolissimo è stato il contributo della scienza italiana al Congresso tenuto in Siena dal 22 al 27 settembre, tale da formare oggetto di alta meditazione a tutti gli studiosi. Per necessità di cose daremo un breve riassunto delle comunicazioni che più da vicino interessano il medico e il biologo.

Merita il posto d'onore, fra i discorsi a classi riunite, quello del prof. **Achille Sclavo**: *I diritti dell'igiene.*

« Antico è il concetto — egli iniziava — che più facile sia evitare le malattie che guarirle. Spesso anzi ai consigli, raccomandati per preservarsi dai morbi, fu contrapposta la medicina, la quale, come arte del curare gli ammalati, fu da molti ritenuta non solo fallace, ma anche dannosa e vilipesa quindi coi più caustici epigrammi.

« Un giudizio di tal genere venne espresso nel modo più duro e più preciso dal grande Leonardo da Vinci, il quale, dopo aver definito i medici per *destruttori di vite ed homini eletti per curare malattie da loro non conosciute*, soggiunge: *Ingegnati di conservare la sanità, la qual cosa tanto più ti riuscirà quanto più dai fisici ti guarderai.*

« I progressi della scienza non permettono oggidì di trattare così acerbamente i medici; ma se le grandi scoperte moderne sulle cause e sulla natura dei morbi hanno messo la terapia sopra solidissimi fondamenti dandole modo di elevarsi a grandi altezze, non v'è dubbio che ben maggiori trionfi può vantare l'igiene, la quale da non pochi anni va sempre più restringendo il dominio delle malattie dell'uomo ».

Lo Sclavo fa derivare i diritti dell'igiene dalle grandi benemerenze di questa scienza, estendendosi specialmente nel mettere in rilievo i vantaggi economici legati ad una seria e razionale applicazione dei precetti dell'igiene.

A conforto di questa sua affermazione, accenna a vari fatti soffermandosi a ricordare con lode Pietro Canalis per quanto egli seppe organizzare a Genova al fine di difendere efficacemente quel porto mondiale della invasione della peste. Ciò fu evitato: e così per merito speciale di questo uomo, che mirabilmente incarna la qualità dell'uomo di scienza e dell'uomo di azione, cioè del vero igienista moderno, si evitò che gli altri Stati, forti di patti internazionali, dichiarassero infetto il nostro maggior porto e avviassero altrove, chissà per quanto tempo, un enorme movimento commerciale.

Dopo alcuni accenni all'epidemia colerica del 1910-1911, passa a considerare l'andamento della mortalità generale in Italia e rileva come essa sia rapidamente diminuita dopo l'applicazione della legge Crispi del 1888 circa di un terzo; ma che da qualche anno essa si mantenga quasi stazionaria. Attribuisce quel primo miglioramento alla *igiene comandata*, cioè a quei provvedimenti che lo Stato potè subito imporre; ma ritiene che un ulteriore progresso nel campo igienico non possa raggiungersi se non mediante la attiva e cosciente cooperazione del pubblico. Purtroppo l'O. riconosce che l'ignoranza ancor troppo diffusa nel popolo italiano — constatabile non solo fra le classi più umili, ma anche fra quelle più elevate e preposte al reggimento della cosa pubblica — sarà di grave ostacolo al miglioramento igienico del nostro paese.

Lo Sclavo continua il suo lucido e arguto discorso facendo una minuta, obbiettiva disamina delle condizioni in cui si trova il popolo italiano in fatto di coltura igienica.

Scrisse Lamarck — egli ricorda — che è più difficile fare accettare una verità che scoprirla. Le difficoltà naturalmente sono assai diverse a seconda dei vari ambienti. Il Giappone seppe in pochi anni uscire dalla barbarie e, sfruttando ogni scoperta scientifica, potè emergere con meravigliosa rapidità.

Il movimento sulla via del progresso è vertiginoso in Germania ed in Inghilterra. Noi abbiamo meno fretta e la distanza fra la civiltà nostra e quella di quei popoli va intanto sempre crescendo. È questa una dolorosa verità che bisogna pur deciderci a mandar giù, se la vita italiana non deve consistere nel trastullarsi tra fiori senza profumo di un falso patriottismo.

Lo Sclavo lamenta che una non piccola parte degli ufficiali sanitari dei piccoli comuni non conosca sufficientemente l'igiene per poterla seriamente applicare. A scusa di tale deficienza riconosce peraltro che anche le cattedre universitarie d'igiene per molte ragioni non possono soddisfare completamente ai loro compiti; e seguendo il giovane studente di medicina attraverso la sua carriera universitaria fa notare come esso nei vari ambienti universitari, ma specialmente in certi Istituti di anatomia normale, di anatomia patologica, di igiene sperimentale, veda piuttosto il disprezzo che non il culto dell'igiene. Quando poi si aprono al giovane le sale della clinica medica, è rarissimo che egli trovi modo, con quell'insegnamento, di conoscere da vicino le più comuni malattie infettive, con cui avrà da combattere ogni giorno. Meno che mai gli verrà insegnato praticamente con quali precauzioni si debbano avvicinare quegli infermi, senza pericolose trascuranze e senza ridicole esagerazioni.

Dopo avere accennato ad altri fatti, che dimostrano quanto sia urgente preparare al paese buoni igienisti, sostiene la necessità del conferimento del titolo di perito medico-igienista in base alle risultanze di un severo esame di Stato. Tale titolo dovrebbe essere indispensabile per adire ai posti governativi e a quelli riservati al personale tecnico presso i grandi Municipi.

E dopo avere svelato tante manchevolezze dei consorzi igienici, dei concorsi universitari e dell'istituto dei medici provinciali, passa al campo veterinario. La scienza veterinaria, più ancora della medicina umana, si è volta ai mezzi che valgano a impedire il diffondersi delle malattie e i suoi successi furono indubbiamente brillantissimi, dove si poterono applicare con rigore i risultati dell'indagine scientifica. Uomini di molta autorità, come il Lustig, hanno combattuto per il miglioramento delle nostre scuole veterinarie così trascurate, specie in quanto ha attinenza all'insegnamento dell'igiene; e l'economia nazionale trarrebbe indubbiamente cospicui guadagni da una saggia riforma di quelle scuole.

Una notevole parte del discorso è dedicata a mettere in evidenza gli inconvenienti che derivano al paese dalla scarsa conoscenza dell'igiene fra gli ingegneri italiani. In ben diverse condizioni si trovano gli ingegneri in Inghilterra e in Germania, dove quasi ogni anno si tengono meravigliose esposizioni di carattere specialissimo, che permettono ad essi di seguire i continui progressi della scienza sanitaria. In Inghilterra poi si ha così preciso il concetto di che cosa sia la casa salubre che insegnamenti teorico-pratici vengono regolarmente impartiti anche agli operai, per istruirli su tutto ciò che si riferisce al modo di fare una buona presa di aria pura da distribuirsi negli ambienti e al collocamento razionale dei tubi dell'acqua potabile e della fognatura domestica.

Credo — viene quindi a dire l'O. — che sia di Victor Hugo il detto: *il medico cura e l'infermiere guarisce*. Se quell'enunciato fosse completamente vero non ci sarebbe in Italia da star troppo tran-

quilli. Nota infatti l'urgenza che da noi è sentita di provvedere anche a un personale di assistenza medica, meglio rispondente ai bisogni; e tributa un caldo elogio alla Regina Elena per l'iniziativa presa a Roma di fornire, a imitazione di quanto si fa in Inghilterra, ai nostri ospedali un personale femminile tecnico e laico, scelto con cura e istruito in modo da imporsi alla stima e alla fiducia di tutti.

Un'altra grave mancanza dobbiamo ancora lamentare in Italia: non esiste cioè ancora da noi una grande Società d'igiene che riunisca elementi di varie competenze e che si faccia sentire al pubblico e valere autorevolmente quando insorgano importanti questioni igieniche.

Vorrebbe che si apportassero profonde modificazioni nel Consiglio superiore di Sanità e che anche vi trovassero seggio membri designati dalle facoltà mediche e dalle scuole degli ingegneri.

E dopo avere accennato al fatto che talora amministratori sia governativi che comunali spiegano un'attività ostile all'igiene, suggerita loro dalla grande ignoranza di questa materia, tratta dello stato attuale della coltura igienica del nostro popolo, per la quale non crede di poter fare grandi distinzioni fra nord e sud, per quanto si riferisce alle classi più umili, sopratutto a quella dei contadini.

Ad onta dei tanti mali lamentati fin qui dal prof. Sclavo, egli è ottimista per l'avvenire, poichè riconosce nel nostro popolo doti preziose, che dovrebbero e potrebbero rapidamente sfruttarsi. « Eppure il campo non è sterile (egli soggiunge). Tutt'altro. Il nostro popolo difetterà forse di alcune qualità, ma ne possiede in massimo grado due fondamentali: l'intelligenza acuta e pronta e il buon senso. Cento e cento volte le ho potute apprezzare in gravi frangenti, dopo aver vinto la diffidenza, che io dovevo destare, come inviato dal Governo e come medico per giunta. E fu mia cura precipua far notare e stimare quelle qualità a tutti coloro, che io ebbi a collaboratori in varie circostanze. Scorgo ancora la sorpresa sul viso di qualche giovane medico, che, venuto a chiedermi istruzioni mentre entrava in servizio sotto di me, si ebbe al primo consulto nient'altro che il dono del *Principe* di messer Nicolò Machiavelli. Attraverso alle profonde osservazioni sulla natura umana racchiuse in quel libro, io condussi ben presto il neofita a vedere tutta la necessità di non perdersi in querimonie, di non pretendere in quel momento che le cose e gli uomini fossero quali non potevano essere, ma di sfruttare subito tutto il buono esistente (ed era parecchio) per il grande scopo per il quale era venuto a dare l'opera sua ».

In questa parte del suo discorso il prof. Sclavo parla pure estesamente della propaganda igienica, del modo come essa dovrebbe eseguirsi e dei risultati, che qua e là sono già raggiunti.

Accennando alla Commissione testè nominata dal Governo per l'Educazione fisica, fa voti perchè essa si metta subito al lavoro e presenti presto le sue proposte. Per non perder tempo basterebbe ricordare che in Inghilterra, in Germania e da qualche tempo anche in Francia corre come un fremito di continua attività per render sana, forte ed animosa la gioventù, a scongiuro di un qualche grande pericolo, che avesse a sovrastare alla Patria; poichè colà, assai meno che non da noi, si bamboleggia attorno ai fantasmi di un amore e di una pace universale.

Uno sguardo ancora è dato al grande avvenimento della nostra vita nazionale, la conquista libica, a proposito della quale lo Sclavo si chiede se molte di quelle navi che tristemente approdarono in patria cariche di uomini prostrati, non da ferro nemico, ma da germi infettivi, non trasportassero un enorme tributo pagato all'igiene offesa dall'ignoranza nostra. Nel discutere questo punto fa alcuni confronti con quanto è risultato nel corso della guerra russo-giapponese.

Ponendo fine al suo ampio e poderoso discorso lo Sclavo fa appello a tutti gli uomini di scienza, affinchè mettano a disposizione del popolo il loro sapere a difesa dei diritti dell'igiene, senza la quale non è più possibile il fiorire di nessuna moderna civiltà.

* * *

Nel campo della biologia e della patologia vasto fu il lavoro arrecato dai soci. Dobbiamo ricordare il tema: *La energia nervosa e la chimico-fisica del protoplasma* sul quale riferì **G. Pighini**. La proprietà di reagire agli stimoli è funzione fondamentale di quasi tutti i protoplasmi viventi, animali e vegetali. Le piante non hanno sistema nervoso, ma hanno organi che li equivalgono e l'energia che in essi si svolge è della stessa natura e origine di quella che negli animali con sistema nervoso si designa col nome di « energia nervosa ». A tutte le cellule è comune la proprietà di possedere uno strato esterno superficiale che consta prevalentemente di sostanze lipoidi e costituente, rispetto alla fase interna, una fase assai meno acquosa e che funge da membrana semipermeabile fra il contenuto cellulare e il mezzo fluido ambiente. Questo strato superficiale è sede d'importanti fenomeni elettrici; attraverso di esso infatti diffondono dall'interno all'esterno della cellula soltanto determinati ioni (cationi), mentre altri carichi di elettricità negativa sono tratte-

nuti all'interno. In tal modo fra il protoplasma cellulare e i liquidi amorfi che bagnano la superficie della cellula si stabilisce una differente concentrazione ionica, di segno differente, che determina una differenza costante di potenziale al di dentro e al di fuori della membrana semipermeabile.

La cellula rimane così, rispetto al suo mezzo esterno, polarizzata. Ogni stimolo (meccanico luminoso, termico, elettrico) che agisce sulla superficie cellulare ne altera la sua semipermeabilità, provoca una fuoriuscita di umori e però una *depolarizzazione* della cellula stessa accompagnata da una *corrente di negatività* verso il punto stimolato. Quando questa *onda di negatività* venga trasmessa attraverso quei conduttori colloidali che sono le fibre nervose, si ha la trasmissione dello stimolo a distanza. I riflessi non sono che il trasporto di un'*onda di negatività* da un punto stimolato a un punto terminale ove dànno origine a fenomeni di movimento per certe mutazioni di fase arrecate nei colloidi delle fibre muscolari (coagulazione).

Questa dottrina, emanante dall'applicazione dei principii della termodinamica alla fisico-chimica dei protoplasmi, non ha ancora sufficiente base sperimentale per essere accolta integralmente; essa dà pertanto ai fenomeni dell'eccitazione dei protoplasmi viventi un'interpretazione che pone il problema in una via razionale.

Su argomenti affini trattarono **B. Bocci**, *La cellula nervosa cerebrale e il suo lavoro specifico*; **T. Gayda**, *sul ricambio gassoso dell'encefalo*, alla discussione dei quali temi partecipò specialmente **S. Baglioni**.

Celso Ulpiani pronunciò un discorso, *Applicazioni della termodinamica alla biologia*: egli, dopo avere illustrato i rapporti della biologia con i primi due principî della termodinamica in riguardo al significato energetico dei fenomeni vitali e al possibile intervento in essi di fattori estraenergetici (Driesch) o superenergetici (Reinke) o di nuove forme di energia come quella nervosa o psichica di Ostwald, espone le applicazioni del *principio di Le Chatelier-Braun* nei campi della fisico-chimica, ne mostra la grande efficacia filosofica e ne tenta l'applicazione nel campo biologico.

In questa direzione il disserente esamina la recente posizione assunta dal *neovitalismo*, in base alla quale viene incondizionatamente riconosciuto che tutti i processi elementari della vita sono promossi dalle comuni energie della natura inorganica, ma nel contempo viene ammesso che in seno agli esseri viventi si ha una coordinazione di questi processi rispetto ai peculiari fini e alle peculiari prospettive della vita, la quale coordinazione non può essere spiegata con le leggi della fisica e della chimica. Il neovitalismo sostiene che mentre nei fenomeni della natura inorganica vige il *principio di causalità* col suo ferreo determinismo, onde ad una data causa segue sempre un determinato effetto con legge fissa e immutabile, nei fenomeni vitali invece vige il *principio di finalità*.

Contro questo modo di vedere — in modo analogo a quanto espone nei suoi libri Le Dantec, ad esempio — l'A. insorge in base alla termodinamica. Per quanto si riferisce al principio di finalità dimostra che quello di Le Chatelier in tutti i sistemi in equilibrio, *se una causa disturba l'equilibrio determinando un mutamento di stato, il sistema favorisce tutte le reazioni che sono possibili e che possono opporsi a quel mutamento*. La finalità appare manifesta in questo modo di comportarsi, chè il sistema di fronte a una variazione reagisce sempre in un senso e cioè nel senso di riportarsi al suo stato anteriore. A tal proposito espone la teoria di Lamarck sulla neoformazione degli organi, le due leggi fondamentali della meccanica teleologica di Pflüger e i risultati a cui è giunto il moderno indirizzo psico-fisico o neo-lamarkismo psico-vitalistico. Secondo questi studi lo schema di un'operazione vitale sarebbe questo: una causa esterna o interna provoca un bisogno, il quale a sua volta determina uno stato di desiderio che vuole essere soddisfatto, uno stato di tensione che deve essere risoluto, così che l'organismo è indotto ad adoperare quel mezzo che è più atto al soddisfacimento di quel desiderio. Se ora al posto di *bisogno* si sostituisce *mutamento di stato*, al posto di *soddisfare a un bisogno* si pone *favorire la reazione opposta*, si ha il comportamento di un sistema inorganico in equilibrio secondo il principio di Le Chatelier e il comportamento di un sistema vivente che collimano perfettamente.

Riguardo poi al principio di causalità, l'oratore dimostra come non sia esatto affermare il determinismo assoluto dei fenomeni inorganici. Tutti i sistemi presentano nei loro diagrammi campi od aree in cui si trovano allo stato di falso equilibrio, in cui il sistema è in uno stato d'indeterminatezza in quanto che non sa se obbedire o no alla legge. Così l'acqua se è soprariscaldata o sopraraffreddata può rimanere liquida, una soluzione soprasatura può non cristallizzare, lo zolfo ortorombico a temperatura superiore a 97°.6 può non trasformarsi in clinorombico.

Interessante e pratica è stata poi la esposizione, fatta da **O. Scarpa**, *Origini e sviluppo della ultramicroscopia*, in cui il principio fisico di questo mezzo d'indagine è stato illustrato con proiezioni ed esperienze su soluzioni colloidali di oro e di argento.

***

Notevoli i temi sullo studio dei tumori.

M. Almagià ha discorso su *Le conoscenze attuali sui tumori, derivate dai nuovi metodi d'indagine.* Premessa l'utilità dello studio istologico dei tumori, dal quale si apprese che nulla v'è di estraneo all'organismo nella struttura dei tumori, accenna all'interesse che la ricerca sperimentale presenta di fronte ai vari problemi ancora insoluti. Riconosciuto che tutti i vertebrati presentano disposizione per i tumori, si ferma su i tumori maligni del topo e del ratto, come quelli che, pur non corrispondendo in tutto ai tumori umani, presentano tali analogie con essi, da permettere di utilizzare per la patologia umana le osservazioni istituite su di essi.

Parla dell'applicazione fatta allo studio dei tumori di tecnica già usata in batteriologia e che permise di studiare la biologia dei blastomi e di spiegare certe loro proprietà, come quelle inerenti alla *virulenza.* Accenna all'influenza che sui tumori sperimentali dispiegano la razza, l'età, il sesso, la gravidanza, la nutrizione, ecc.

Descritta la trasformazione che un tumore a struttura epiteliale può subire nei successivi *passaggi* in altro a struttura connettivale e viceversa, parla dei tentativi fatti con l'obbietto di produrre veri *tumori sperimentali,* tentativi finora infruttuosi, malgrado i lavori di Fischer e di altri.

Espone poi i risultati ottenuti dall'applicazione della biochimica allo studio delle modificazioni nelle proprietà biologiche delle cellule neoplastiche maligne. Applicando la tecnica usata per lo studio dell'immunità si è giunti ad approfondire le differenze biologiche delle cellule blastomatose dalle normali e a stabilirne analogie con le cellule embrionali. Riassume le principali reazioni diagnostiche tentate, alcune delle quali dànno risultati che possono costituire un valido ausilio nel campo clinico. Si occupa quindi dell'*immunità naturale* e dell'*acquisita,* soffermandosi sulla *immunità atreptica* e delle principali esperienze derivate dalla geniale ipotesi di Ehrlich. Detto dell'immunità ottenuta a base d'iniezione di tessuti vari o o di *autolisati* di tessuti, passa al capitolo della terapia e ai tentativi di chemioterapia, concludendo che la dimostrazione della possibilità che un tumore maligno si riduca o scompaia per effetto di agenti di varia natura, permette di sperare che possa avvantaggiarsene la terapia dei tumori umani.

Tratta infine dei rapporti che intercedono tra *ospite* e *tumore* e s'indugia a considerare l'influenza che i singoli organi esplicano sull'accrescimento di quest'ultimo e compara il processo rigenerativo normale con la formazione dei tumori. Quanto alla etiologia, nessuna delle teorie vigenti — l'embrionale, la parassitaria, l'irritativa — dà conto della causa d'insorgenza di tumori, dei quali potremo avere appreso a conoscere l'istogenesi, non l'etiologia, come pure abbiamo imparato a valutare alcuni momenti causali, ma rimane da stabilire il *perchè* della deviazione dalle normali leggi biologiche, per cui alcune cellule acquistano le caratteristiche della malignità. L'Almagià conclude con osservazioni d'indole generale, tendenti a dimostrare l'importanza che le glandole endocrine hanno come regolatrici dello sviluppo e come mantenitrici dell'equilibrio funzionale, onde dedurre che ad esse spetta importanza anche nel regolare l'accrescimento dei tumori.

Segue **Eugenio Centanni,** *I fattori della moltiplicazione cellulare studiati precipuamente con le colture dei tessuti in vitro.* Domina in biologia — egli dice — il principio che la moltiplicazione cellulare è risposta a stimoli specifici, senza dei quali la cellula può compiere le altre funzioni, ma conserva la sua individualità. È gloria italiana, del Malpighi, la prima idea sull'esistenza di tali stimoli, poichè egli attribuisce la formazione delle *galle* a un secreto emesso con le uova dall'insetto galligeno.

Dopo avere accennato alla varietà degli stimoli (ormoni, alimenti, principî chimici endogeni ed esogeni nell'attività di riparazione), si sofferma sui tumori, pei quali, dopo tentato di trovare la ragione dell'illimitato accrescimento nella analisi morfologica, parassitaria e chimica del tumore stesso, si è cercato di dar luce al quesito per vie collaterali.

La più fruttifera è stata ispirata dai *tumori di mestieri* collegati al maneggio di prodotti della distillazione del carbone (anilina, ecc.). Partendo dal carattere tumoraffine di queste sostanze eccitative, l'O. facendone combinazioni con metalli tossici, le ha potute trasformare in principî chemoterapici, con i quali ha ottenuto la regressione dei tumori stessi. Un metodo di grandi promesse per l'analisi delle *sostanze blastiche* è quello della coltura dei tessuti *in vitro.* Sono state già saggiate alcune sostanze (indolo, ecc.), mescolandole al plasma di coltura. Centanni ha introdotto il *metodo delle colture affrontate,* ponendo a fronte al frammento in coltura tubetti capillari con le speciali sostanze da esaminare. E ha veduto che alcune sostanze richiamano la neoformazione verso la sorgente chimica (*blastotropismo* +), mentre altre la respingono (*blastotropismo* —).

Alla discussione partecipano **G. Fichera**, il quale riferisce su numerose ricerche personali intorno alla biologia dei tumori, **Levi, Carlo Foà, A. Perroncito, Paolo Enriques.**

***

Prima di chiudere questa breve e naturalmente incompleta relazione, non voglio omettere come in questo Congresso della Società per il Progresso delle Scienze abbia avuto degnissimo svolgimento — non solo nella sezione dedicata ad essa, ma anche nelle altre — la parte relativa alla storia delle scienze. Si è dunque inteso come non trascurabile condizione di *progresso* e di nuovi svolgimenti sia il *conservare* il nostro antico sapere, poichè nessuna storia come quella delle scienze mediche e biologiche, specie in Italia, è ricca di elementi atti a prender posto nella scienza avvenire.

Così troviamo il **Romiti** che si occupa del *merito di G. B. Ercolani nell'anatomia della placenta;* e il **Guzzoni degli Ancarani** illustra una splendida raccolta di fantocci ostetrici e di modelli di presentazioni in terra cotta, derivati dalla scuola bolognese del Galli. **Ficalbi** tiene un discorso su *Il senese F. C. Marmocchi, evoluzionista predarwiniano e le sue vedute.* **D. Barduzzi** legge un bellissimo discorso su *La dottrina galileiana e la medicina sperimentale*, dimostrando il lento sviluppo storico delle dottrine sperimentali, attraverso tanti sistemi opposti erronei; parla dei più celebri medici italiani che le raccolsero e le applicarono, da Santorio a Morgagni, da Fabrizi d'Acquapendente a Maurizio Bufalini, mal compreso, che rimise ai nostri giorni in onore le dottrine sperimentali nelle scienze mediche. Anche sul Galilei ha trattato **P. Gucci**, col titolo *Il pensiero di Galileo sulla divisibilità della materia.*

Vivo interesse ha destato **V. Pensuti** con una dissertazione animata da proiezioni, su *Babilonia e la medicina ippocratica*, della quale il nostro giornale parlerà più a lungo. **Ravaglia** ha intrattenuto *intorno a Tura di Castello e al suo trattato sulle acque di Porretta;* **A. Corsini** su importanti *documenti per la storia del primo Congresso degli scienziati italiani*, tenuto in Pisa nel 1839; e il **Barduzzi** *sulle origini e sulle vicende principali della R. Accademia delle Scienze, detta dei Fisiocritici, di Siena.*

Bilancioni ha portato delle *lettere inedite del Cotugno*, riferentisi alle sue scoperte su gli acquidotti dell'orecchio interno, del nervo parabolicoincisivo e della sciatica e che valgono a lumeggiare la figura dell'illustre anatomico pugliese; e ha svolto alcune *note sul Ramazzini* di cui ricorre il bicentenario della pubblicazione dell'opera maggiore e nel 1914 quello della morte.

M. Cardini illustra lo scritto Galenico: « *come l'ottimo medico sia anche filosofo* »; e il **Chiadini** delle *memorie inedite del Morgagni*, in cui lo vediamo studioso di entomologia; **Mieli** dà notizie su *Vannoccio Biringucci senese e sulla sua opera De la Pirotechnia;* **C. Raimondi** rivela i preziosi *codici manoscritti di medicina* posseduti dalla Biblioteca comunale di Siena; e infine il **Simonelli** si occupa di *Gerolamo Mercuriale* da Forlì e del suo interessantissimo trattato « *De morbis cutaneis et omnibus corporis humani excrementis* » dal quale si traggono nuove prove sul fatto, già noto, che il Mercuriale era ottimo intenditore e pratico di otoiatria.

G. BILANCIONI.

Seconda riunione degli igienisti italiani.

Ebbe luogo a Milano nel salone dell'ufficio di igiene.

Alla seduta inaugurale parlarono il prof. Canalis ed il prof. Menozzi, assessore comunale.

Primo relatore è il prof. **E. Bertarelli**, che svolge il tema: *I vari metodi di depurazione delle acque.* Il prof. **Canalis** riassume poi i risultati di esperienze eseguite nel suo laboratorio mediante l'ozono ed i raggi ultravioletti e su alcuni sistemi di filtri.

In merito si svolge un'ampia discussione.

Il prof. **Maggiora** legge la relazione sul secondo tema: *L'analisi chimica e batteriologica nel giudizio di salubrità delle acque.* Segue una esauriente discussione.

Due sedute sono state dedicate al tema: *Tubazioni in ghisa e altri materiali contenenti ferro, studiate in rapporto alla formazione dei tubercoli ferruginosi e al rammollimento del materiale delle condutture*, relatori i proff. **Casagrandi** e **Binaghi**, i quali hanno portato davanti al Congresso un cumulo di studi e di osservazioni personali importanti, che sono serviti di base a una discussione dotta ed elevata, cui hanno partecipato i proff. Gasperini, Sclavo, Di Vestea, Gosio, Sormani, Bordoni-Uffreduzzi e altri.

Nella terza ed ultima giornata il prof. **Gualdi** parla sulla *profilassi antimalarica* e loda la legge relativa. Sullo stesso argomento parlano i professori Gosio, Sormani e Canalis.

Il prof. **Pagliani** dell'Università di Torino, svolge poi una relazione *sul modo di poter dare la radioattività alle acque che l'hanno e a quelle che non l'hanno mai posseduta.* A dimostrazione della sue tesi fa anche alcuni interessanti esperimenti. Illustra pure il metodo del prof. Cerutti, per conferire la radioattività ai vetri.

Infine viene approvato il regolamento della Associazione igienistica italiana. A sede del prossimo Congresso, che avrà luogo il prossimo anno, è scelta Napoli.

I congressisti si sono recati a visitare l'impianto dell'estrazione dell' acqua potabile alla Maggiolina, la scuola moderna di via Farini, le opere di fognatura al collettore di Nosedo ed i campi di irrigazione, l'ospedale dei contagiosi, l'impianto per la depurazione biologica, le case popolari di via Mac-Mahon, la *morgue*. G. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Paralisi progressiva e spirocheta pallida.

Levaditi-Marie-Bankowski (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 luglio 1913) ricordano che la spirocheta pallida è stata dimostrata solo recentemente nel cervello dei malati di paralisi progressiva: per la prima volta dal Noguchi nei primi mesi del 1913 (*The Journal of experim. med.*, 1° febbraio 1913). Servendosi del metodo di colorazione del Levaditi, egli ottenne un reperto positivo nel 17 %, cioè in 12 casi su 70. Tale dimostrazione è diventata sempre più frequente, man mano che la tecnica si è perfezionata. Lo stesso Noguchi, in un lavoro da noi altra volta riassunto (*Münch. med. Woch.*, 14 aprile 1913), ha dimostrato la presenza della spirocheta in 48 casi su 200 esaminati, cioè nel 24 %, servendosi del metodo di Levaditi, coll'aggiungere piridina alcool ed acetone nel bagno di fissaggio al formolo, e lavando a lungo dopo il trattamento con l'argento (per due ore). Con lo stesso metodo Marinesco e Minea han avuto un caso positivo su 26.

Gli Autori hanno fatto due serie di ricerche comparative. Servendosi dell'antico metodo del Levaditi, hanno esaminato 32 casi di paralisi progressiva, lasciando però le sezioni istologiche da 2 a 3 giorni nell'alcool a 90 gradi, dopo la fissazione in formalina 10%. Soltanto in 3 casi hanno avuto nelle loro ricerche risultato positivo, cioè in circa il 10 % dei casi.

Il metodo della impregnazione argentea è atto a dimostrare la presenza della spirocheta nel cervello dei paralitici generali, ma dà risultati molto incostanti. Ciò è indubbiamente dovuto alla imperfezione della tecnica adoperata, giacchè la natura specifica della paralisi progressiva è dimostrata in più larga scala dalla reazione di Wassermann, ed anche per la difficoltà della ricerca della spirocheta nel tessuto nervoso impregnato all'argento.

Più recenti ricerche degli A A. hanno provato che, servendosi di una tecnica più appropriata ed esaminando sistematicamente ogni circonvoluzione cerebrale, si riesce a scoprire la spirocheta nella maggioranza, se non nella totalità dei casi di paralisi progressiva.

Occorre che l'autopsia sia fatta al più presto possibile: dissecata la pia madre, si taglia con piccole forbici curve un piccolo frammento di corteccia cerebrale e si dissocia in poche gocce di soluzione fisiologica sul vetrino. Quest'emulsione serve per fare sia i preparati per l'ultramicroscopio, sia i preparati per strisciamento, previa diluizione del materiale.

Questi ultimi vengono colorati con l'inchiostro di Cina, o col metodo di Fontana-Tribondeau (V. *Pathologica*, 1913. n. 109), o col processo di Loeffler per la colorazione delle ciglia. Col primo metodo le spirochete risaltano perchè rimangono incolore; col secondo si colorano in bruno nero su fondo giallo; col terzo si colorano in rosso.

Hanno esaminato nove cervelli freschi di casi, nei quali la paralisi progressiva aveva avuto un decorso rapido e la morte si era quasi sempre verificata in seguito ad *ictus* apoplettiforme.

Coi metodi rapidi di ricerca (ultramicroscopio, metodo di Fontana, ecc.) hanno avuto risultato positivo in otto casi, cioè nell' 88.8 %. Col metodo di Levaditi invece ebbero soltanto un caso positivo, cioè nell' 11.1 %.

L'esame all'ultramicroscopio è ancora superiore ai metodi di colorazione suddetti, per la rapidità della dimostrazione e sopra tutto per la costanza del reperto: perciò gli AA. raccomandano di cominciare la ricerca della spirocheta nella corteccia cerebrale dall'esame ultramicroscopico.

È caratteristico il fatto che le spirochete si trovano quasi sempre disposte in focolai più o meno circoscritti nelle diverse regioni. Le spirochete si trovano sempre nella corteccia propriamente detta; l'esame della sostanza bianca sottostante a un ricco focolaio di spirochete ha dato risultato negativo.

Gli AA. hanno avuto risultato positivo nell'esame del liquido ventricolare di sinistra in un caso in cui le circonvoluzioni frontali corrispondenti erano molto ricche di spirochete.

La ricerca delle spirochete nel bulbo e nel midollo è stata negativa.

Da queste osservazioni, gli AA. vengono alle seguenti conclusioni circa l'etiologia e la patogenesi della paralisi progressiva.

La paralisi progressiva è dovuta alla localizzazione e moltiplicazione della spirocheta pallida nella corteccia cerebrale ed alle lesioni che ne derivano. La moltiplicazione del parassita pare si verifichi a *poussées* successive, analoghe alla comparsa periodica delle manifestazioni specifiche cutanee e mucose. Mentre un focolaio della corteccia si sterilizza con esito in sclerosi, un altro si origina in circonvoluzioni ancora intatte: ciò spiega perchè le zone cerebrali più avariate non sempre sono quelle più ricche di parassiti. Sembra probabile che l'*ictus* apoplettiforme corrisponda

a queste *poussées* parassitarie acute, specialmente quando queste siano localizzate nella corteccia delle zone motrici. È più probabile quindi la dimostrazione della spirocheta nei casi di morte in seguito all'*ictus* apoplettiforme, anzichè nei casi di morte nei periodi di intervallo fra due *ictus*, in seguito a malattie intercorrenti.

P. SABELLA.

CASISTICA.

Il cancro della testa del pancreas.

Fra gli itteri cronici i più importanti a differenziare vi ha quello dipendente dal cancro della testa del pancreas.

Chauffard (*Journal des praticiens*, n. 46, 1912) riferisce la storia di due infermi caduti sotto il suo esame in vita e dopo morte. Dalla storia si rileva che la sintomatologia è dominata dall'associazione delle funzioni delle due ghiandole biliare e pancreatica. Le loro funzioni fisiologiche sono correlative; inoltre il coledoco ha un tragitto intraepatico. I cancri del pancreas sono durissimi e per conseguenza provocano facilmente la compressione dei canali escretori. Nella sintomatologia vi ha una prima fase di dimagramento, e turbe digestive indefinite ed indefinibili fin quando la stenosi nel coledoco non produce bruscamente l'ittero, con fenomeni di retrodilatazione, e distensione ordinariamente della cistifellea. Questa distensione però può mancare quando la cistifellea resta sottoepatica, quando vi siano anomalie anatomiche, od in casi di ostruzione del cistico.

Generalmente alla palpazione si sente il fegato, la cistifellea, ma non tumori, salvo casi eccezionali, anormali (Pice Tolot), nei quali si sono veduti tumori epigastrici, talvolta animati da pulsazioni trasmesse dall'aorta sottostante. Il dolore può essere assai vago, e può assumere il carattere dei dolori tabetiformi (Chauffard) e dipende dai rapporti del corpo del pancreas col plesso solare ed i gangli semilunari, talvolta il dolore è a sinistra, e questo è assolutamente dovuto a lesione pancreatica. Se si prendono i tipi estremi si può opporre la sintomatologia pancreatico-solare dei cancri del corpo a quella pancreatico-biliare dei cancri della testa del pancreas.

Ai cancri della testa ultimamente si sono riscontrati alcuni sintomi nuovi. Oltre la lipasi, che serve allo sdoppiamento dei grassi ed alla steatolisi, il pancreas secerne tripsina, agisce sulle fibre muscolari, le sostanze idrocarbonate e feculente. Si potrà constatare la non digeribilità della fibra muscolare colla prova dei nuclei di Schmidt. Si potrà vedere scomparire dallo intestino il fermento amilotitico o amilasi. Loeper e Rathery hanno nel 1911 attirato l'attenzione sulla ritenzione pancreatica, che dà luogo ad una sindrome clinica caratterizzata dalla scomparsa della amilasi fecale accompagnata dall'aumento dell'amilasi sanguigna, e dalla sua eliminazione vicaria per il rene. Talvolta si constata glicosuria. Viceversa può sparire una glicosuria preesistente, quando si origina un cancro del pancreas. La scomparsa dello zucchero in un diabetico, senza cure igieniche o dietetiche, deve considerarsi come un segno di cattivo augurio, e fare pensare ad una complicazione grave, quale, ad es., un cancro del pancreas.

I sintomi fondamentali del cancro della testa del pancreas sono: ittero cronico, retrodilatazione della cistifellea, i caratteri del chimismo fecale, il dimagramento; ed ancora l'assenza di ascite, e gli edemi terminali. La diagnosi differenziale deve farsi con i cancri dell'ampolla di Vater. Si sono prodotti due segni — pei cancri dell'ampolla l'ittero è meno costante e meno stabile (Hanot), il che però non si verifica sempre. Nei cancri dell'ampolla si può avere sangue nelle feci, colla prova di Weber, che manca nei cancri del pancreas perchè retrointestinali.

Le pancreatiti croniche si differenziano per il loro decorso.

L'intervento nei cancri della testa del pancreas porta un sollievo immediato, la soppressione della colemia, del prurito, ed in certi casi del dolore, bastando una semplice laparotomia e la distruzione di qualche aderenza per un tale effetto, però i rischi operatori sono numerosi, e la sopravvivenza dell'infermo è di uno o due mesi soli.

QUARTA.

Lo stadio iniziale del carcinoma del crasso.

L'importanza della diagnosi precoce del carcinoma del crasso è in rapporto colla possibilità di un intervento operatorio che si ha solo in uno stadio iniziale. La sintomatologia del carcinoma del crasso è varia; in alcuni casi la malattia si inizia col quadro di una grave anemia, che talora assume l'aspetto di un'anemia perniciosa; altre volte sono le diarree ostinate l'unica espressione morbosa e rilevabile. Altre volte si ha il quadro clinico di una colite cronica, in alcuni casi infine l'infermo ci si presenta coi sintomi di una dispepsia più o meno grave che fanno pensare ad un epitelioma gastrico anche per l'anemia concomitante.

Il quadro di un'occlusione intestinale anche se intermittente o parziale ha grande importanza e così pure l'insorgere di emorragie intestinali o di

ascessi pericolitici. Il dolore alla palpazione ha anche notevole valore diagnostico.

Il Mathieu che ne riferisce qualche caso sulla *Gazette des Hôpitaux*, 1913, n. 68, sostiene l'importanza dell'esame radiografico ogni volta che i sintomi suaccennati lasciano sospettare un epitelioma del cieco o del colon.

P. A.

TERAPIA.

Iniezioni supermassimali di benzoato di mercurio nella cura della sifilide.

Il prof. Ehlers di Copenaghen ha comunicato nela Sezione di Dermatologia del recente Congresso internazionale di Londra intorno ai risultati da lui ottenuti nella terapia della sifilide mediante iniezioni di alte dosi di benzoato di mercurio, fino a 25 centigr. in una sola volta.

L'autore è stato indotto a questi tentativi di cura dalla considerazione che gli effetti prodigiosi del salvarsan potessero essere dovuti alla dose eroica del medicamento, piuttosto che a sue speciali proprietà chimiche ed all'attenuazione della sua azione tossica. E si è proposto di ricercare se si potesse ottenere anche dai sali mercuriali degli *ictus therapeutici* analoghi a quelli che si hanno dall'azione del salvarsan. Si è servito del benzoato di mercurio, reso solubile con l'aggiunta di cloruro di sodio (1 per cento) e indoloro con l'aggiunta di zucchero bianco (10 per cento). In concentrazioni superiori al 2 per cento, il benzoato diventa doloroso. Procedendo dapprima con grande precauzione, egli è giunto a dare insieme 6 cgr. di questo sale, e poi fino a 10 e 14 cgr., somministrando queste dosi a più diecine di pazienti prima di tentare le dosi successive. Non ha avuto mai a lamentare inconvenienti di sorta. Per un errore di un infermiere, un giorno furono iniettati 24 cgr. per uno a due infermi. Queste dosi furono sopportate benissimo. L'A. però non ha creduto di arrischiarsi oltre i 25 cg., anche perchè con queste dosi egli ottiene l'effetto desiderato, a poco prezzo e con grande facilità di tecnica, a differenza del salvarsan.

L'iniezione spesso è seguita da elevazione della temperatura che raramente supera i 39 gradi, e quando non si oltrepassino i 15 cgr., si osserva spesso la reazione di Herxheimer.

Meravigliosi sono i risultati ottenuti dall'A.: il sifiloma ulceroso in 24 ore cicatrizza e poi più lentamente si riassorbe; le lesioni ulcerose tardive cicatrizzano con una rapidità straordinaria; gli esantemi roseolici dispaiono dalle 24 alle 48 ore; una certa resistenza presentano le eruzioni papulo-nodulari, come avviene anche per il salvarsan. In questi casi all'iniezione supermassimale l'A. fa seguire una serie di 30-50 frizioni di unguento mercuriale di 3 grammi l'una.

Nei casi iniziali l'iniezione supermassimale, prima che la reazione di Wassermann sia divenuta positiva, previene i fenomeni di sifilizzazione generale.

In un certo numero di casi (17), l'A. dopo una prima dose massiva di 24 cgr., ha praticato con intervalli di 8 giorni, fino ad altre 4 iniezioni di 10 cgr. ciascuna.

Con questo metodo ha trattato 155 uomini e 93 donne.

Non si hanno fenomeni secondari tanto più accentuati di quelli che solitamente si hanno nelle cure mercuriali intense; più spesso si osserva una diarrea transitoria; frequenti sono le stomatiti mercuriali (43 casi), e i fenomeni di idrargirismo cutaneo (21 casi); in 3 casi ha avuto fenomeni di colite mercuriale. Ha avuto un caso di morte per intossicazione mercuriale evidente, ma dovuto a molteplici cause intercorrenti.

L'A. si dichiara partigiano dell'antico metodo di cura delle frizioni mercuriali che, a differenza delle iniezioni sottocutanee, mettono a disposizione dell'organismo forti dosi di mercurio. Presentano il solo inconveniente che il mercurio viene assorbito molto lentamente. L'iniezione massimale fatta all'inizio determina un vero *ictus therapeuticus*, i cui effetti sono poi mantenuti e prolungati mediante le frizioni. I vantaggi economici di questo metodo sono per sè evidenti.

P. SABELLA.

Il salvarsan nell'anemia perniciosa progressiva.

Ch. E. Nammach (*Medical Record*, n. 19, 1913) osserva che malgrado le innumerevoli indagini intorno all'etiologia dell'anemia perniciosa, essa dev'essere ancora considerata di origine criptogenetica. Alcuni casi, almeno transitoriamente, rispondono ad una cura casuale; altri che pure pare risultino da fattori causali identici, malgrado la cura, marciano fatalmente verso l'esito letale.

Grawitz assegna grande importanza ai disturbi della secrezione gastrica dell'acido cloridrico. Ciò porta ad un'intossicazione d'origine intestinale, dovuta a mancata disinfezione dei cibi nello stomaco ed a mancata distruzione dei germi provenienti dalla bocca. Questi germi, passando nell'intestino, vi produrrebbero fatti flogistici con formazione di tossine emolitiche. In secondo luogo Grawitz crede si tratti anche di incompleta digestione delle albumine eterogenee: e però consiglia una dieta priva del tutto di albumina animale, sussidiata da quotidiani lavaggi dello stomaco ed irrigazioni del colon con una solu-

zione cloruro-sodica all'1-2 per cento. Egli inoltre dà insieme l'arsenico per via ipodermica.

Nell'ultima riunione dell'Associazione gastroenterologica americana ha prevalso l'opinione che l'origine dell'anemia perniciosa sia dovuta ad una tossina prodotta nel tubo gastro-enterico come risultato della acloridria. Non in tutti i casi di anemia perniciosa coesiste l'acloridria: secondo Mc Caskey deve esservi una speciale predisposizione embrionaria.

L'unica luce portata a questo problema dagli studi post-mortali è la conoscenza che debba esistere un veleno potente, capace di agire sul sangue producendo l'emolisi, sul midollo spinale determinando processi degenerativi sistemici od a piastre, e metamorfosi grassa nel cuore, fegato, ecc.

Molti casi di anemia perniciosa recentemente sono stati trattati col salvarsan, specialmente se nell'amnesi del paziente v'erano precedenti luetici. Friedlander, Bramwell hanno avuto buoni risultati. Norris ha trovato nell'autopsia di individui tratati col salvarsan degenerazione grassa di organi parenchimatosi. Ciò deve farci esitare nell'usare il salvarsan in una malattia che, per sè, è capace di produrre degenerazione grassa dei visceri.

L'A. ritiene che il salvarsan è indicato nell'anemia secondaria dei primi stadi della sifilide; mentre è controindicato nell'anemia perniciosa anche se questa nell'anamnesi lontana fu preceduta da luce. Maynard ha pubblicato un caso di anemia perniciosa nel quale il salvarsan è stato inefficace.

P. S.

Ricerche sopra l'azione dei preparati mercuriali nelle spirochetosi.

Kolle, Rothermundt e Peschic (*Deutsche medizinische Woch.*, 1912, n. 34) hanno assoggettato ad analisi sperimentale l'azione terapeutica di numerosi preparati mercuriali, solubili o no, organici o inorganici, di fronte ad una infezione da spirochete facile a studiarsi, la spirochetosi dei polli. Intento degli AA. era appunto di trovare un preparato che si adattasse in modo speciale per la cura della spirochetosi umana ed eventualmente si prestasse per una *chemoterapia combinata* col salvarsan.

Gli AA. hanno titolato, rispetto al potere terapeutico e tossico, numerosi preparati; quasi tutti più o meno hanno azione contro la spirochetosi dei polli. Mentre però fra i preparati inorganici e quelli organici della serie alifatica non si incontrano, a parità di contenuto in Hg, notevoli differenze di attività chemoterapica; differenze notevoli si hanno fra i preparati contenenti un nucleo benzolico: e, fra questi, un preparato dovuto al dott. Scheitlin si presenta come quello che unisce la minor tossicità alla massima attività spirocheticida, cioè il minor organotropismo al massimo parassitotropismo. Il preparato in parola è un mercuro-pirazolone-solfamino-dimetilfenolo, in cui il Hg è legato non direttamente all'anello benzolico, ma al gruppo solfaminico incastrato nell'anello pirazolonico.

Si ha dunque una conferma della importanza della costituzione chimica dei composti aromatici per l'azione terapeutica, importanza che risulta anche nei composti arsenicali.

Il preparato suddetto dovrebbe prestarsi per una terapia combinata col salvarsan.

P. RONDONI.

MEDICINA SOCIALE

Voti approvati al III Congresso Nazionale per la lotta sociale contro la tubercolosi.

I. — Il III Congresso nazionale per la Lotta contro la Tubercolosi, riaffermando un concetto di fondamentale importanza discusso anche nelle precedenti riunioni, rileva che a questa lotta non deve mancare il contributo della Scuola, e che l'attività all'uopo del medico ufficiale sanitario, o ispettore speciale, condizione necessaria d'ogni serio ordinamento scolastico, non può esplicarsi in modo veramente proficuo senza la cooperazione illuminata del maestro, cui sopratutto tocca di guidare nell'ambiente scolastico la vita e il lavoro degli alunni. Il Congresso fa quindi voti:

1° Che presso le Università e le Scuole normali sia attivato un congruo insegnamento d'igiene, da affidare a medici di speciale riconosciuta competenza, rendendone obbligatoria per chiunque intenda esercitare nelle scuole elementari e secondarie e nei convitti la funzione d'insegnante o di direttore;

2° Che tale insegnamento, fatto su programma uniforme, consideri insieme col buon governo scolastico anche il fine di mettere in grado, insegnanti e direttori, di cooperare alla formazione della *coscienza igienica del popolo*, massimamente in riguardo della lotta contro la tubercolosi.

Il Congresso, conscio che gli espedienti adottati oggi dal Governo per integrare la preparazione degli educatori in riguardo dell'igiene, pur meritevoli di lode come provvedimento di carattere transitorio, sono impari al bisogno,

carattere transitorio, sono impari al bisogno, confida che il Ministro della P. Istruzione, d'intesa col Direttore generale della Sanità presso il Ministero dell'Interno, dia opera sollecita all'attuazione organica di tali voti, già acclamati in molteplici altri congressi scientifici e divisi dal Consiglio superiore di Sanità.

In fine, al medesimo fine di promuovere la formazione della coscienza igienica antitubercolare il Congresso raccomanda, che presso le Università popolari, i Dispensari antitubercolari e altre istituzioni igienico-educative si favorisca la creazione di *Musei-scuole ambulanti*, con adatto corredo di mezzi di dimostrazione obbiettiva, facendo loro sopratutto il compito di diffondere largamente le norme d'igiene, mercè cui rendesi possibile la convivenza con gl'infermi di tubercolosi, e quindi la loro assistenza famigliare, senza pericolo di contagio e con rispetto de' più sacri doveri sociali.

II. — Il Dispensario antitubercolare deve essere una istituzione essenzialmente profilattica; ma dove gli Istituti di assistenza curativa per la tubercolosi non siano o non possano essere coordinati col dispensario antitubercolare potrà questo esercitare anche una funzione terapeutica purchè essa venga fatta escludendo tutte quelle specialità e metodi di cura di cui una lunga esperienza non abbia dimostrato la efficacia.

III. — Il Congresso ritenuto che il dispensario profilattico per la sempre maggior importanza assunta nella lotta contro la tubercolosi, deve diventare in più larga misura diretta emanazione Comunale, estendendo, l'opera propria anche alle classi non povere;

ammesso che l'essenza della profilassi dispensariale risiede nella sua funzione medica, la quale non può venire completamente esplicata senza il carattere di serena indipendenza conferito al sanitario;

esprime l'opinione che al medico di dispensario profilattico comunale debba essere inibito l'esercizio privato.

IV. — Il III Congresso per la Lotta Sociale contro la Tubercolosi, riunito in Torino, invita il Governo ad adottare i provvedimenti idonei alla più sollecita integrazione degli Ospizi Marini e delle altre Opere per le cure marine e montanine ai fini della profilassi della tubercolosi e della rigenerazione dei figli del popolo.

V. — Il Congresso della Federazione delle opere antitubercolari fa voti che nell'interesse del miglioramento fisico delle nuove generazioni si diffonda al più presto in tutti gli istituti prescolastici e scolastici un servizio completo di vigilanza igienico-sanitaria.

VI. — Il Congresso fa voti che la questione delle Scuole all'aperto entri decisamente nel campo delle attuazioni normali e stabili dell'insegnamento elementare;

dà incarico alla Presidenza di provocare la costituzione di un largo Comitato medico-magistrale a tal scopo, e di fissare la trattazione nel Congresso del 1914 del tema sulle Scuole all'aperto.

VII. — Il Congresso della Federazione delle opere antitubercolari plaudendo alle importanti relazioni del del prof. Comba e del dott. Hajech fa voti:

1) perchè mentre si attuano i migliori mezzi di lotta contro la diffusione della tubercolosi, si venga a costituire in tutte le classi sociali una migliore coscienza igienica *nei riguardi della prima infanzia;*

2) perchè il Governo, i Comuni e tutti gli Enti preposti all'assistenza e beneficenza infantile studino ed applichino i mezzi più noti di tutela per la salute dei bambini specie dei lattanti;

3) perchè la Lega Nazionale per la protezione della prima infanzia possa in breve tempo raccogliere attorno a sè tutte le energie attive e fattive sparse in ogni centro ed esercitare in breve tempo una efficace opera di propaganda e di profilassi sociale a favore dell'infanzia.

VIII. — Il Congresso, udita la relazione del comm. Magaldi, esprime il voto che il Governo, assolvendo un impegno già da tempo assunto verso il Parlamento e verso il Paese, prepari al più presto e presenti provvedimenti legislativi improntati al sistema della assicurazione obbligatoria per le malattie dei nostri lavoratori, completata da norme d'igiene profilattica e di educazione sanitaria col concorso integratore dello Stato.

IX. — Il Congresso riconosciuto che l'opera delle attuali Istituzioni antitubercolari sta ad attestare la perseverante nobiltà delle energie individuali e locali, ma nel tempo stesso la inadeguatezza dei mezzi contro il grave flagello:

reclama l'intervento dello Stato con provvedimenti sostanziali sorretti da stanziamenti adeguati;

designa l'assicurazione obbligatoria contro la malattia e la invalidità come il solo mezzo efficace ad avviare seriamente la soluzione del problema antitubercolare insieme con altri di assistenza e di profilassi.

Dà mandato alla Federazione di propugnare nel Parlamento e nel Paese tale riforma come urgente e matura — muovendo ed illumiminando a tale intento tutte le energie economiche e politiche.

X. — Il Congresso:

convinto della necessità di unire e di coordinare tutte le forze degli enti pubblici e degli Istituti privati per la lotta contro la tubercolosi;

convinto che ciò possa e debba farsi senza pregiudicarne menomamente l'autonomia dei singoli Enti ed Istituti.

Fa voti:

Perchè in tutte le maggiori città si costituiscano secondo le condizioni locali delle Alleanze o Federazioni fra gli Enti pubblici e gli Istituti privati allo scopo di coordinare le loro forze per una azione regolata e concorde nella lotta contro la tubercolosi.

Fa voti ancora:

Perchè vengano dal legislatore stabilite opportune norme per rendere, in determinati casi, obbligatoria detta alleanza o federazione rispettata sempre l'autonomia dei singoli Enti.

XI. — Il Congresso, fa voti perchè, con opportuno ritocco legislativo, venga stabilito che la tubercolosi polmonare, in qualunque stadio del decorso clinico, venga considerata come una malattia per cui il Sindaco, in rapporto all'art. 79 della legge 17 luglio 1890 n. 6972 (S. 3ª), sia autorizzato ad amettere ordinanza di ricovero d'urgenza nell'ospedale competente.

XII. — Il Congresso, fidando che il Governo non tarderà a provvedere ad una legislazione specifica contro la tubercolosi, la quale renda veramente efficace la denuncia di tutti i casi di infezione aperta, chiede, per intanto, che sia ordinata la rigorosa applicazione delle vigenti disposizioni, e cioè:

1. Obbligo, da parte dei medici curanti, di denunciare i casi di tubercolosi contemplati dall'articolo 129 del Regolamento 3 febbraio 1901;

2. Obbligo, da parte dei Comuni, di fare i dovuti provvedimenti, primo tra i quali la disinfezione.

Fa voti inoltre perchè sia resa obbligatoria la denuncia della tubercolosi negli individui che hanno rapporti diretti e obbligatori col pubblico, come impiegati, insegnanti, portinai, tramvieri e simili, e che sia esteso l'obbligo della denuncia, oltrechè ai casi verificatesi nelle latterie e vaccherie, a tutti coloro che fabbricano o vendono, o comunque maneggiano sostanze alimentari.

XIII. — Il Congresso della Federazione Italiana delle opere antitubercolari fa voti che alla complessa e difficile lotta contro la tubercolosi, abbia a partecipare attivamente anche la Croce Rossa, così come essa si è applicata e si applica vantaggiosamente nella lotta contro altri flagelli popolari.

XIV. — Il III Congresso nazionale per la lotta sociale contro la tubercolosi, convinto che sia di grave danno per la gioventù in generale, e più specialmente per quella predisposta alla tubercolosi, l'attuale sistema di internamento carcerario, fa voti che alla riapertura della Camera sia sollecitamente presentato il progetto di Codice dei Minorenni preparato dalla Commissione reale e, in attesa della approvazione di tale legge, raccomanda alle autorità competenti, una più accurata ed igienica scelta delle celle per i giovani carcerati.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(178) *Cura della malattia di Duchenne.* — Desidererei avere alcune indicazioni da cotesta on. e gentile Redazione nonchè alcuni schiarimenti sulla cura moderna della *malattia del Duchenne.* Basta la cura del massaggio, dell'elettricità e dei ricostituenti interni? Sarei desideroso di conoscere qualche lavoro moderno su questo argomento.

Usole grazie anticipate.

Dott. Denti G. B.
Vecchio abbonato.

Per la cura della malattia di Duchenne oltre ai metodi terapeutici da Lei esposti è sempre da tentarsi una cura specifica mercuriale, quando si possa accertare la pregressa lues (anamnesi, reazione di Wassermann), specialmente quando la cura non fu fatta o fu incompleta; però bisogna usare la precauzione di evitarla quando esista atrofia dei nervi ottici. Colle stesse precauzioni si può tentare il salvarsan ed in proposito esiste già una estesa letteratura. Il lavoro più moderno sulla terapia della tabe e che è rimasto classico è quello del Fränkel « Sulla rieducazione dei movimenti », tradotto anche in francese. P. A.

(179) *Adenite iperplastica.* — Mi farà la gentilezza di rispondermi nella posta degli abbonati, alla seguente domanda: un mio bambino di nove mesi allevato sinora con balia, ma in condizioni poco floride di salute, ora che tende a farsi grosso e robusto, ha presentato in corrispondenza della regione latero-cervicale destra una tumefazione, indolente, duro-elastica, non spostabile, ricoverta da pelle normale e dovuta certamente ad ipertrofia di glandole linfatiche. Senza dubbio sarebbe opportuna la cura iodica; ma, data l'età, quale sarebbe il mezzo più opportuno, onde avere una cura intensiva iodica? Saprebbe al riguardo consigliarmene una differente? La ringrazio.

Noci. Dott. Domenico Semeraro.

Il bambino presenta molto probabilmente una adenite iperplastica (forse consecutiva a tonsillite o ad infiammazioni pregresse della bocca).

Se il bambino si presenta sano e robusto non si deve intraprendare una cura generale.

Localmente può invece giovare molto l' applicazione di una pomata a base di jotione:

Pr. jotione . . . . . gr. 2
» vaselina . . . . » 4
» lanolina . . . . » 4

Una cura iodica per via interna, se si ritenesse opportuno farla, potrebbe eseguirsi somministrando delle goccie di soluzione acquosa iodo iodurata all'1 % (da due a quattro goccie in un cucchiaino di latte, due volte al giorno).

M. F.

(180) *Neutralizzazione del nitrato d' argento in eccesso nella pratica oculistica.* — Dopo le cauterizzazioni di nitrato d' argento su di una mucosa, si adopera sempre o quasi sempre un cloruro preferibilmente di sodio o idroclorato di cocaina perchè si neutralizzi l' eccesso di nitrato d'argento e la cocaina avrebbe anche il vantaggio dell'anestesia dopo il caustico. Si adopera pure in oftalmiatria spessissimo il bicloruro di mercurio in soluzione debolissima come disinfettante congiuntivale e corneale. Orbene, pare una cosa naturalissima che un lavaggio di soluzione debole di sublimato anche dopo la causticazione di nitrato d'argento lo si possa fare con vantaggio.

Forse la cosa non è così ovvia come sembrerebbe perchè il nitrato d'argento ($Ag\ NO_3$) trovandosi a contatto col sublimato ($Hg\ Cl_2$), potrebbe formare anche in traccie del nitrato mercurico $Hg_2\ (NO_3)$ o del nitrato mercuroso $Hg\ (NO_3)$ che sarebbero molto più caustici del nitrato d'argento e quindi pregiudizievoli all'integrità corneale e congiuntivale, senza contare che un caustico come il sublimato dopo l'azione caustica del nitrato d'argento potrebbe parimenti aumentare lo stato infiammatorio dell'occhio e quindi potrebbe essere sì e no utile o dannoso. Certo che il dolore aumenta. Dunque le cose sono come le ho dette io e come sostiene un altro mio collega, o l'azione del sublimato in soluzione debole dev'essere trascurata o creduta utile? Prego darmi una risposta in proposito e ringrazio.

Dev.mo
Dott. P. O.

Cagliari.

Tutte le volte che occorre in terapia oculare neutralizzare un eccesso di nitrato d'argento, si deve adoperare esclusivamente il cloruro di sodio in soluzione al 5 %. Il bicloruro di mercurio precipita pure, come qualsiasi cloruro, l' eccesso di nitrato d'argento; ma noi non possiamo affidare un'operazione tante volte così importante a quella piccola quantità di bicloruro contenuta nella soluzione allungatissima di sublimato che sola si può usare per le comuni disinfezioni dell'occhio (1 : 10.000), e che da per sè stessa poi è tanto irritante, che val sempre meglio non adoperarla nelle abituali lavande della mucosa congiuntivale, e sostituirla con una più lieve soluzione borica 2 %.

F. B.

(181) *Sulla terapia della sciatica.* — L'abbonato n. 2823 chiede:

Nel Veneto esistono case di cura esclusivamente per la cosidetta sciatica reumatica.

La cura consiste nell'applicazione di cataplasmi a formula tenuta gelosamente nascosta.

Qualcuno di tali specialisti ha potuto con questi sistemi ammassare delle fortune colossali.

I suddetti cataplasmi curativi della sciatica reumatica di quali ingredienti possono essere composti?

Sarebbe opera oltrechè umanitaria anche morale il far conoscere e divulgare nel ceto medico tali formule.

I *guaritori* della sciatica sono molto diffusi, non solo nel Veneto, e sono degli empirici (farmacisti, monaci, donnicciole) ai quali purtroppo qualche medico presta la propria assistenza, in modo che essi possono aprire anche delle case di salute! La forza del loro metodo è nel *segreto*, e perciò è vano domandare e sperare che siano rese pubbliche le formule dei rimedi miracolosi. È probabile che la base dei cataplasmi veneti siano i comuni rivulsivi che tutti i medici adoperano.

Se la legge sanitaria ed il codice penale fossero applicati in Italia sul serio, questa forma di empirismo ciarlatanesco dovrebbe scomparire. Ma la magistratura italiana (alta e bassa) non è punto convinta del danno sociale che ne deriva, e disgraziatamente le autorità sanitarie governative pare non ne siano convinte nemmeno esse. Certo si è che le denunzie che si fanno o all'una o alle altre spesso non sono nè meno degnate di risposta.

CAJUS.

(182) *Lesioni endocardiche consecutive a malaria.* — Sarei grato a cotesta Redazione se volesse indicarmi se esistono monografie e quali — *Sulle alterazioni endocardiche consecutive a malaria.*

In attesa, ringrazio.

Dott. V. Beduschi.

Turro.

Non se ne conoscono.

A. V.

VARIA

La lingua italiana ai congresssi medici internazionali. — Riportiamo integralmente dal « Lancet » del 27 settembre 1913:

« Sembra che sia sorto qualche malinteso sull'uso dell' italiano al recente Congresso medico internazionale e che la stampa medica e quella scientifica in Italia abbiano deplorato che l'italiano non fosse accolto tra le lingue ufficiali. Una recente lettera apparsa, al riguardo, sul *Corriere della Sera*, induceva il prof. Felice La Torre, delegato del comune di Roma, a replicare in data 4 settembre, per richiamare l'attenzione sulla IV circolare del Congresso, ristampata nel gennaio 1913, nella quale è stabilito che: lingue ufficiali sono l'inglese, il tedesco, il francese e l'italiano; chiunque desideri parlare altre lingue può farlo, purchè un membro del Congresso traduca il senso delle sue osservazioni in una delle quattro lingue su menzionate. — Si vuole che il Governo italiano avesse ricusato di prender parte al Congresso e di inviare delegati, perchè le circolari erano redatte solo in inglese, tedesco e fancese. Ma è agevole comprendere che il numero delle lingue usate per le informazioni ufficiali dev'essere strettamente limitato; altrimenti il lavoro burocratico diviene interminabile e impossibile. Di più una deliberazione venne adottata al riguardo dal Comitato internazionale pei congressi medici, e qualunque paese ospiterà il Congresso, dovrà attenervisi. Riteniamo trattisi di un criterio eminentemente pratico, poichè il francese è inteso dagli studiosi di tutte le razze latine, dai russi e da altre nazionalità slave. Comunque, sembra che prima dell'inaugurazione il Governo italiano riconoscesse che non era stata commessa alcuna mancanza o svista riguardo alla « dolce lingua » di Dante, e dimostrò il suo soddisfacimento designando quali delegati ufficiali il prof. Bianchi, rettore dell'Università di Napoli, membro del Parlamento, e due distinti ufficiali dei servizi sanitari dell'Esercito e dell'Armata ».

Riteniamo da parte nostra che il miglior modo per fare accogliere la « dolce lingua » tra quelle ufficiali dei congressi medici internazionali consisterebbe nel migliorare la nostra produzione scientifica. C'imporremmo in modo più naturale, senza proteste e recriminazioni e resipiscenze.

Sia questo uno stimolo a fare di più e meglio...

R. B.

Pubblicheremo prossimamente:

NANNINI, Osservazioni sull' anestesia generale con l'etere solforico;

MANTOVANI, L'acqua distillata nelle iniezioni endovenose di salvarsan.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. MURRI. **Pensieri e precetti.** Per cura di A. Gnudi e A. Vedrani. Bologna, Zanichelli, 1913.

I dottori Gnudi e Vedrani hanno avuto la felice idea di sceverare nell'opera del loro maestro Murri i pezzi che si riferivano a questioni generali sul metodo scientifico, sull'indirizzo e sul compito della medicina, sulle funzioni e sui doveri del professore di clinica e del medico pratico. La forza del pensiero e la lucida determinatezza della espressione sono tali nel Murri, che i frammenti anche staccati hanno un'attrattiva ed esercitano una suggestione nel lettore: richiamano e ribadiscono in chi conosce le opere intere i suoi ammaestramenti alti e severi, spingono, forzano i medici che ancora ignorassero i suoi profondi lavori, le sue armoniche e dense lezioni, a studiare le opere di sì profondo e acuto maestro.

Ma questi *Pensieri e precetti* che i due scolari del Murri hanno scelto con precisa cognizione di tutte le pubblicazioni, con sicuro intuito della significazione dell'indirizzo della scuola e con fine discernimento artistico, saranno gustati, apprezzati, utili a tutti coloro che coltivano le scienze biologiche — intese nel più ampio senso della parola — poichè assurgono quasi sempre alle più severe norme con cui la logica si applica ai processi vitali.

Se gli autori hanno reso degno omaggio al loro maestro, appena uscito da una penosa malattia, hanno fatto opera vantaggiosa all'incremento e alla dignità degli studi italiani. V. ASCOLI.

H. POLLITZER. **Ren juvenum.** Wien, Urban u. Schwarzenberg. 1913.

La questione dell'albuminuria ortostatica riceve con questa monografia del Pollitzer, assistente dell'Ortner, un nuovo impulso. Dopo una esposizione storica dei concetti che si sono seguiti nel campo delle albuminurie fisiologiche e giovanili, viene a parlare dell'importanza della lordosi come determinante dell'albuminuria ortostatica e considera i numerosi altri fattori che contribuiscono alla produzione del fenomeno.

L'A. porta un largo contributo casuistico e sperimentale e si sente autorizzato a concludere che il fenomeno dell'albuminuria ortostatica è il prodotto di due fattori: di un'insufficienza dell'apparecchio linfatico, a cui si associa uno stato di ipereccitabilità vasomotoria: perciò si comprende come cause minime possano agire nell'epitelio renale: come in una stessa famiglia si possa presentare accanto ad un'albuminuria ortostatica una vera nefrite giovanile ovvero vizi cardiaci o affezioni reumatiche. P. A.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ancora per i medici condotti del Comune di Roma.

On. Assessore del Comune di Roma per l'igiene,

Ci sono note le sue benevoli disposizioni verso noi medici di 2° grado, la cui situazione è stata fatta divenire insostenibile e quindi non uno spirito polemico anima queste righe, scritte su un giornale di classe e inspirate solo dal desiderio di concorrere alla soluzione del problema.

Perno della questione è il servizio notturno che riesce insopportabilmente oneroso se ricorre ogni tre notti.

Per necessità di cose noi altri medici, ad esso adibiti, dobbiamo completare il nostro fabbisogno economico col libero esercizio professionale e perciò nel giorno della guardia noi dobbiamo sfacchinarci per disimpegnare in mattinata i nostri doveri verso la clientela privata.

Così solo ci è possibile riposare un po' nel pomeriggio e affrontare la nottata di guardia.

Nel giorno successivo a questa noi ci troviamo nelle condizioni di chi ha passato una notte pressochè insonne.

Quindi il servizio ogni tre notti non ci dà che un giorno solo di respiro ogni tre.

Per questa mancanza di riposo fisiologico molti sono stati i nostri predecessori, ma parte han dovuto rinunciare più o meno presto all'incarico e parte hanno ottenuto di passare a categorie, non gravate dell'oneroso servizio.

Così la classe di colleghi che ci ha immediatamente preceduti è passata in massa nella categoria igienisti malgrado il minore stipendio.

Dopo un vano tentativo del Comune di potere disimpegnare il servizio con personale avventizio, assoldato a tempo, siamo venuti noi altri.

Ora osservi, on. assessore, la cronologia delle nostre agitazioni:

Noi siamo stati tranquilli finchè il servizio ricorreva ogni 5 notti, abbiamo borbottato sottovoce quando era ogni quattro, protestiamo con tutte le nostre forze ora che siam tornati, e pare definitivamente, nelle condizioni antigieniche di prima.

L'unica soluzione possibile non è che questa: servizio notturno ogni cinque notti ed eccezionalmente ogni quattro, utilizzazione di noialtri nel servizio diurno.

Ciò era stato ottenuto; perchè mai malgrado le promesse riforme, assai discutibili dal punto di vista pratico, ci si devono fare ricordare con rimpiano i nostri primi anni di servizio?

Un medico condotto di 2° grado.

Ricorsi contro le deliberazioni di licenziamento.

Il consigliere aggiunto della Prefettura di Perugia dott. Bartolotta con lettera indirizzata al direttore dell'*Avvenire Sanitario* crede opportuno avvertire i medici condotti che, contrariamente a quanto abbiamo noi sostenuto nello articolo pubblicato nel n. 38 del *Policlinico* (Sezione pratica), recente giurisprudenza accorda ad essi il diritto di ricorrere alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato e non alla G. P. A. in caso di licenziamento per fine del periodo di prova.

Crediamo doveroso far rilevare allo egregio funzionario, che ben conoscevamo la giurisprudenza da lui indicata e che fu appunto per sostenere la tesi opposta, basata su di argomenti solidi ed incontrastabili, che ci inducemmo a fare della quistione oggetto di studio e di pubblicazione sulle colonne del *Policlinico*.

Dott. JUSTITIA.

Pubblichiamo integralmente la lettera di cui sopra.

Ancora i ricorsi e il dott. Justitia.

Preg.mo signor Direttore
dell'*Avvenire Sanitario*,

Il n. 40 (anno corrente) dell'*Avvenire Sanitario* riportava dal *Policlinico* un articolo del dott. Justitia, nel quale si cerca di dimostrare che i medici condotti hanno diritto di ricorrere alla G. P. A. — in sede contenziosa — non solo contro le deliberazioni di licenziamento dopo acquistata la stabilità (art. 34 T. U. 1° agosto 1907) ma anche contro le deliberazioni di licenziamento per fine del biennio di prova (art. 32 T. U. citato). Ora ciò è contrario a quanto è stato affermato dalla più recente giurisprudenza, ed io credo opportuno di rilevarlo nell'interesse dei medici, per evitare che qualcuno, ricorrendo ad una autorità incompetente, veda respinto il ricorso.

Infatti la V Sezione del Consiglio di Stato, con la decisione 10 maggio 1912 (pubblicata nella *Giurisprudenza Italiana*, 1912, parte 3ª, pag. 343; nel *Manuale degli amministratori*, 1912, p. 306 e nello stesso *Avvenire Sanitario*, anno corrente, 7°, 8°) e con la decisione 4 aprile 1913 (*Manuale* cit., 1913, p. 306) ha stabilito la massima che i ricorsi contro le deliberazioni di licenziamento dei medici condotti per fine del biennio di prova sono di competenza della IV Sezione del Consiglio di Stato. Tale massima è per molte ragioni esattissima. La dimostrazione, oltre che nelle cennate decisioni della V Sezione del Consiglio di Stato, ne è stata fatta dall'illustre prof. Federico Cammeo in un

pregevole articolo pubblicato nella *Giurisprudenza Italiana* (1912, parte 2ª, p. 243), cosicchè non occorre ripeterla.

I medici condotti hanno dunque il diritto di ricorrere contro le deliberazioni di licenziamento per fine del periodo di prova, ma il ricorso deve essere presentato alla IV Sezione del Consiglio di Stato, non alla G. P. A.

Perugia, 8 ottobre 1913.

Dott. ANTONINO BARTOLOTTA
Consigliere aggiunto di Prefettura.

Cronaca del movimento professionale.

Uno sciopero di medici di bordo. — Si ha da Genova, che i medici di bordo, che da tempo si agitavano per ottenere dalle Compagnie di navigazione dei miglioramenti, hanno infine deliberato di scioperare.

Ciò venne annunciato da un comunicato firmato dal capitano Giulietti, segretario della Federazione della gente di mare, e da due membri dell'Associazione nazionale dei medici di bordo.

Il comunicato dichiarava che « La Federazione nazionale dei lavoratori del mare appoggia e sostiene fino alle estreme conseguenze e con tutte le sue forze l'agitazione dai medici. Dato e non concesso che le Compagnie riescano a ingaggiare qualche medico krumiro, le navi non partiranno lo stesso, perchè gli equipaggi faranno causa comune coi medici organizzati ».

Ad ostilità dichiarate, vennero intavolate trattative fra le parti in contrasto. Durante il 13 ed il 14 corrente, nei locali del palazzo Raggio, ove hanno sede le principali Società di Navigazione, ebbero luogo lunghe e vivacissime discussioni fra il direttore della N. G. I. ed il direttore del Lloyd Sabaudo da una parte ed i signori cap. Giulietti, dott. Lattes e dott. Simoni dall'altra.

Malgrado il vivo desiderio d'addivenire ad un accomodamento, non fu possibile raggiungere l'accordo; sicchè nella mattinata del 15, la Federazione dei lavoratori del mare fermò i piroscafi *Principessa Mafalda* in partenza da Genova per Buenos Aires, ed il *Principe di Piemonte* in partenza da Napoli per New York.

A navi ferme vennero riprese le trattative fra le parti, in Capitaneria a Genova, ove i rappresentanti del Lloyd Italiano, in compagnia del comandante del *Principessa Mafalda*, si erano recati per annunciare all'autorità portuaria la sospensione della partenza di detto piroscafo. Mancando i medici non si poteva procedere all'imbarco dei passeggeri.

In caso di crumiraggio, altro personale di bordo era pronto ad entrare in agitazione. Ma non vi fu bisogno di nessun aiuto, perchè in seguito alla ripresa delle trattative le parti si misero d'accordo sulla principale questione: quella dello stipendio. Le Compagnie accordarono ai medici un aumento di paga di centoventicinque lire al mese.

Ottenuto tale aumento l'agitazione terminò e le navi poterono partire.

Sulle altre questioni le trattative continuano.

Registriamo con soddisfazione il vantaggio riportato e che prelude altri successi. G. F.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4096) *Medico consorziale - Scioglimento del Consorzio.* — Il Dott. C. R. da M. desidera conoscere se sia legale il patto contenuto nel proprio capitolato secondo cui qualora venisse sciolto il Consorzio presso cui presta servizio gli si dovrebbe corrispondere la indennità pari ad una annata di stipendio sempre che non trovi altro posto meglio od anche egualmente retribuito.

L'articolo in parola non è illegale perchè è la riproduzione integrale del disposto dello articolo 30 del regolamento generale sanitario. Lo scioglimento del consorzio, che deve d'altronde essere approvato dal Prefetto, costituisce un caso di forza maggiore che giustifica la perdita della stabilità. La corrisponsione della indennità costituisce una misura equitativa imposta appunto per far risentire meno al sanitario l'effetto della scomparsa dell'ente presso cui prestava servizio.

(4097) *Pensioni.* — Il Dott. G. D. da R. E. che presta servizio presso un Comune che ha proprio regolamento per le pensioni e non ha mai aderito alla Cassa governativa, desidera conoscere se andando a riposo liquiderà la pensione in base al regolamento comunale od a quello governativo.

Non avendo Ella giammai aderito alla Cassa governativa, liquiderà la pensione di riposo in base al regolamento comunale e sarà pagata totalmente a carico del Comune.

(4098) *Ufficiale sanitario - Rilascio certificati.* — Il Dott. F. A. da F. desidera conoscere quali certificati deve l'ufficiale sanitario rilasciare previo pagamento e quale compenso possa egli pretendere per quelli relativi al trasporto delle carni macellate.

Non è possibile fare uno elenco esatto dei certificati che deve o può rilasciare l'ufficiale sanitario, essendo essi svariatissimi e molteplici. Per quello necessario per il trasporto delle carni macellate si può chiedere compenso proporzionato al fastidio che occorre per rilasciarlo, e cioè a seconda della maggiore o minore distanza che corre fra il macello e l'abitato.

(4099) *Medici in servizio di emigrazione - Nomine.* — Il Dott. D. G. da V. chiede conoscere quali titoli occorrono per essere nominato medico di bordo in servizio di emigrazione alla dipendenza del R. Commissario su piroscafi transatlantici.

Per ottenere tale nomina sembra che occorra la autorizzazione a viaggiare come medico di bordo Tale autorizzazione è rilasciata dal Ministero dell'interno in seguito ad esami scritti, pratici ed orali in conformità del programma particolareggiato approvato con decreto del 26 agosto 1912.

(4100) *Prestazioni mediche.* — Il Dott. abbonato n. 8905 chiede conoscere se possa come medico condotto chiedere compenso per aver curato medicalmente una infermità in cui occorreva l'intervento chirurgico, anche per la trascuratezza della inferma.

Non si può, nel caso, chiedere speciale compenso perchè avrebbe, sempre ed in ogni caso, dovuto disimpegnare tutte le pratiche suggerite dalla scienza per condurre alla guarigione l'inferma, nei limiti dei presidi di cui si disponeva.

Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Ufficiale: proff. Ceci Antonio, ordinario di clinica chirurgica a Pisa; Sormani Giuseppe, ordinario d'igiene a Pavia.

Cavaliere: prof. Pestalozza Ernesto, ordinario di clinica ostetrica e ginecologica a Roma.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: proff. D'Abundo Giuseppe, ordinario di clinica delle malattie nervose e mentali a Catania; Calderini Giovanni, ordinario di clinica ostetrica e ginecologica a Bologna.

Cavaliere: prof. Coronedi Giusto, ordinario di materia medica e farmacologia a Parma; dott. Giuseppe Massa, medico condotto del Consorzio Mezzenile-Pessinetto e presidente della Congregazione di carità di Mezzenile (Torino).

BOLOGNA. — Il prof. Vernoni Guido è abilitato alla libera docenza in patologia generale.

NAPOLI. — Nella clinica pediatrica sono nominati i dottori Cannata Sebastiano e Caronia Giuseppe aiuti, Vaglio Ruggero assistente.

PAVIA. — Il prof. Sala Luigi, ordinario di anatomia normale, è nominato preside della facoltà di medicina e chirurgia per il triennio 1913-16.

TORINO. — Sono nominati i proff. Herlitzka Amedeo straordinario di fisiologia; Allaria Giov. Batt. straordinario di clinica pediatrica.

TRIESTE. — Al posto di 1° assistente nella divisione Maternità dell'ospitale civico di Trieste fu nominato il dott. Piero Gall e a quello di 2° assistente il dott. Renato de Porenta.

Condotte e Concorsi.

AMEGLIA (*Genova*). — Condotta pei poverri (100 circa); L. 990, L. 100 pel servizio necroscopico, L. 60 quale U. S. e L. 50 come vaccinatore; non più di 45 anni s. e. r. Scad. 10 nov.

ANCONA. *Ospedale civile Umberto I.* — Cercasi assistente preferibilmente con laurea di data recente. Stipendio 1080 lorde; qualche incerto; vitto tutt' i giorni, alloggio con biancheria, illuminazione, riscaldamento. Nomina per un biennio, dopo un mese, e con servizio un anno di medicina e un anno di chirurgia. Scrivere al direttore.

ARZIGNANO (*Vicenza*). — Due condotte libere: L. 3500 e L. 3000. Scad. 15 novembre.

BELLEGRA (*Roma*). — Medico chir. condotto; L. 2582.70 pei poveri, L. 1291.30 per gli abb., L. 100 per le mansioni di U. S., lorde; due sessenni. Ab. 2389. Scad. un mese dal 6 ott.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospidalieri.* — Fino alle ore 15 del 15 novembre sono aperti concorsi per titoli a due posti di Medico-chirurgo assistente biennale con l'annuo onorario di L. 1298.23, a lordo d'imposta di R. M.; oltre l'indennità di guardia, camera d'alloggio nello stabilimento, ed assicurazione per gli infortuni dipendenti dalle funzioni ospedaliere.

BIANDRONNO (*Como*). — Consorzio con Bardello e Bregano; L. 3875 aum.; ab. 3355. Scad. 31 ott.

BRESCIA. *Ospedale civile.* Medico primario. Rivolgersi all'Amministrazione. Scad. 10 nov.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*).—Condotta ; L. 3700; in corso d'approvazione L. 4000; cura poveri; ab. 2721. Scad. 31 ottobre.

CARPI (*Modena*). — Due condotte: per Budrione e Migliarina, L. 2500; per Fossoli e San Marino L. 2600 lorde; 3 sessenni e L. 700 nette per mezzi trasporto; non oltre 40 anni, s. e. r., cura poveri, ab. 3400 circa ciascuna. Scad. 6 nov.

CARRARA (*Massa Carrara*). Condotto supplente; L. 1000 nette e diaria di L. 10. Scad. 10 nov.

CASALVOLONE (*Novara*). — Condotta; kmq. 16.95; ab. 2061; per la generalità L. 3500, oltre L. 200 quale U. S., L. 300 indenn. alloggio, L. 300 indennità mezzi di trasporto, L. 250 cura lavoratori temporaneamente immigrati. Scad. 31 ott.

* CASNIGO (*Bergamo*). — Condotta con Cazzano Sant'Andrea; L. 4000 e L. 200 quale U. S., 3 sessenni. Abit. 3247. Scad. 1° nov

CASTELMADAMA (*Roma*). — A tutto 10 nov. concorso a una delle due condotte; L. 2500 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 quale U. S., al netto di R. M. Servizio entro 10 giorni.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dicembre.

CREMA (*Cremona*). *Ospedale Maggiore.* — Medico-chirurgo-ostetrico assistente; L. 1400 lorde (col 1° genn. la tassa di R. M. viene sostenuta dall'Opera Pia) e L. 6 per ogni guardia notturna. Servizio entro 8 giorni. Nomina biennale. Scad. 31 ottobre.

FACCIANO (*Lecce*). — Condotta; L. 2000 per i poveri e 750 per gli agiati; L. 250 se U. S., lorde. Servizio entro 15 giorni. Scad. un mese dal 30 settembre.

* FERMO (*Ascoli Piceno*). — Condotto per la generalità; L. 4250 lorde, compreso compenso cavalc., L. 100 quale U. S. Scad. 30 ottobre.

FICULLE (*Perugia*). — Ab. 3186. Concorso ad una delle due condotte comprimarie; lorde (in corso di approvazione) L. 4100, senza obbligo di caval. Riposo quindicinale. Scad. 20 nov. Autorizzazione ad accettare eventuale nomina Medico di sezione delle ferrovie. Richiedere avviso al Municipio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Aiuto di medicina e Aiuto del turno elettroterapico; carica e conferma biennali; titoli ed esami; biennio di servizio effettivo in ospedali o cliniche, L. 1800 con ritenuta di R. M. Tre medici chirurgi assistenti, nomina e conferma biennali, età massima 28 anni, L. 1200 con ritenuta di R. M. Documenti alla Segreteria entro le ore 17 del 31 ott.

GIUNGANO (*Salerno*). — Al 31 ottobre concorso a medico-chirurgo; L. 1500 per i poveri e L. 1000 per gli abbienti. Età non superiore ai 40 anni.

LUGO (*Ravenna*). *Ospedale Umberto I*. — Assistente per la sez. medica; L. 1650 annue lorde, alloggio (risc. ed illum.) e prima colazione. Concorso per titoli. Nomina biennale. Scadenza 31 ottobre. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di carità.

*MACUGNAGA (*Novara*). — Condotta; kmq. 5; ab. 769; lorde L. 2000 per 100 poveri circa e L. 1400 per gli abbienti. L. 200 quale U. S. e L. 200 per l'a. f. Alloggio. Scade 31 ott.

MENDRISIO (*Svizzera*). *Manicomio Cantonale*. — Secondo medico assistente; vedi fasc. 41. Scad. 31 ottobre.

MILANO. *Sanatorio Umberto I in Tresivio* (*Valtellina*). — Medico assistente; L. 2400 pel primo, L. 2800 pel secondo anno, vitto ed alloggio. Rivolgersi alla Presidenza dell'Opera Pia in Milano, via Foro Bonaparte, n. 61. Scad. 31 ott.

MONFORTE D'ALBA (*Cuneo*). — Medico del Consorzio con Perno e Castelletto Monforte; L. 1600 pei soli poveri, 40 circa. Scad. 31 ott.

MONTÀ (*Cuneo*). *Ospedale-Ricovero « Misericordia Dei »*. — Medico; per schiarimenti rivolgersi alla segreteria. Scad. 12 nov.

MONTALCINO (*Siena*). — Due medici per la cura gratuita agli abitanti di Torrenieri e S. Angelo in Colle; L. 3100 lorde ciasc., obbl. a. f.; il secondo ha l'obbligo di una visita settimanale a Camigliano; L. 400 ciasc. per la cav. Scad. 15 nov.

* MONTALDO SCARAMPI (*Alessandria*). — Condotto; L. 1850 lorde, abit. 2000, famiglie pov. 40. Scad. 5 nov.

* MONTE URANO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 30 ottobre condotta; L. 4000 lorde, di cui due terzi pei poveri; assicurazione; non obbl. cav.; ambulatorio e ospedale. I sanitari sono due. Accettazione entro 8 giorni, assunzione del servizio entro 30.

MONTICHIARI (*Brescia*). — Condotto per poveri; L. 2500 lorde, 3 sessenni e L. 650 per obbligo cav. Scad. 4 novembre.

MONTOTTONE (*Ascoli Piceno*). — M. condotto per la generalità; L. 4250 lorde compresevi indennità cavalc. e compenso quale U. S. Scad. 30 ottobre.

MORLUPO (*Roma*). — Condotto; L. 4000, cura piena, L. 100 quale U. S.; non più di 40 anni, s. e. r. Scad. 30 ottobre.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Condotta chirur.; L. 4000 nette. Scad. 15 nov.

* OCCHIOBELLO (*Rovigo*). — Medico pel 1° riparto; L. 4800 lorde compresavi indennità cavalc., 3 sessenni e L. 200 se eletto U. S., ab. 2900 circa dei quali 1100 sparsi. Scad. 31 ottobre.

* OLEVANO ROMANO (*Roma*). — Due condotte; lorde L. 2200 quota poveri, L. 1150 quota facoltativa abbienti, due sessenni, L. 50 all'U. S. Scad. 40 giorni dal 1° ott.

PADOVA. *Ospedale civile*. — Assistente effettivo; L. 1400 lorde, stanza di abitazione, L. 6 per ogni guardia di 24 ore. Scad. ore 17 del 5 nov. Età mass. 30 anni. L'eletto dovrà assumere le sue funzioni entro 10 giorni da quello della nomina.

PERETO (*Aquila*). — A tutto il 15 nov. condotta piena a L. 3500 pei poveri, L. 300 per gli abb., L. 200 quale U. S., lorde; un anno in ospedali dopo la laurea o due di condotta come titolare o tre di esercizio libero.

PERLEDO (*Como*). — Medico-chirurgo; L. 3000 nette, aument., cura piena. Scad. 20 ottobre.

PERUGIA. *Università Libera*. — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PESARO. *Congregazione di Carità*. — Chirurgo primario dell'Ospedale di S. Salvatore; L. 5000 lorde e sessennio. Nomina annua, poi stabilità. Quattro anni di servizio chirurgico. Documenti da inviare mediante piego raccomandato con ricevuta di ritorno alla segreteria entro le ore 16 del 3 nov.

PETTINEO (*Messina*). — Condotto; L. 2800 nette, non più di 40 anni, s. esercizio regolamentare, 2 anni servizio ospedali o condotte. Abitanti 2976. Scadenza 30 novembre.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — Due condotte per la generalità; L. 3400 ciascuna aumentabili e L. 600 per cavalcatura, abitanti 2913 e 1778. Scadenza 5 novembre.

*PREDAPPIO (*Forlì*). — Medico chirurgo; L. 3300 lorde e 3 sessenni, cura 550 poveri circa e L. 700 per obbl. cavalc. Scad. 31 ottobre.

QUINTO VERCELLESE (*Novara*). — Condotta; L. 2800 per soli poveri, alloggio e L. 500 per cavalc. oltre L. 50 quale U. S. per ciascuno dei Comuni, indennità a convenirsi per cusa immigranti. Scad. 5 nov.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità

militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti.* — Concorso a dieci chirurghi aiuti. Documenti alla Segreteria generale dell'Amministrazione Ospitaliera, posta nel palazzo di S. Spirito, fino alle ore 16 del 2 dicembre 1913. Biennio di servizio di assistente medico-chirurgo negli Ospedali di Roma, oppure servizio prestato dopo la nomina ad assistente per 16 mesi almeno negli ospedali medesimi, servizio non contemporaneo al precedente, come assistente effettivo nella R. Clin. chir. di Roma nel corso dell'anno accademico, per i mesi necessari a completare l'anno di chirurgia del biennio predetto; quietanza del tesoriere dell'Istituto da cui risulti l'eseguito versamento, per tassa di esame, della somma di L. 50 non ripetibili. Non potranno essere eletti che i primi dieci che riporteranno la maggioranza dei voti. Gli eletti saranno assunti in servizio secondo il bisogno e la graduatoria di merito, e dovranno osservare le norme regolamentari in vigore e le altre che venissero in seguito pubblicate. Sul loro stipendio verrà ritenuta, in tre rate mensili di L. 50 ciascuna, la somma di L. 150 per spese di concorso, in aggiunta a quella di L. 50 sopraindicata.

ROVERE VERONESE (*Verona*). — Medico condotto; L. 6000. Scad. 31 ottobre.

*SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Medico per la generalità della frazione Palazzone; L. 3000 lorde compresevi indennità cavalc. ed a. f.; 3 sessenni; non più di 40 anni s. e. r.; ab. 960. Scad. 10 novembre.

* SAN LORENZO IN CAMPO (*Pesaro Urbino*). — Medico della fraz. San Vito sul Cesano per la generalità; L. 3200 lorde e L. 700 per cavalcatura, 3 sess. Abit. 800. Scad. 31 ott.

SARTEANO (*Siena*). — 2ª condotta a tutta cura, 2400 abit.; L. 2000 pei pov., L. 1150 per gli abb., L. 250 per sostituz. reciproca, L. 600 per cavalc., nette; assicuraz. Servizio entro 15 giorni. Scad. 15 nov.

TREVIGLIO (*Bergamo*). *Ospedale Santa Maria.* — Medico primario Direttore; L. 3000, casa ed uso acqua potabile. Aiuto di chirurgia; L. 2000, abitazione nell'interno dell'Ospedale, illuminazione, acqua potabile, bucato, riscaldamento e servizio oltre il 10 per cento sulle tasse chirurgiche degli ammalati a pagamento. Non più di 40 anni per entrambi. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 31 ott.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti ospedalieri e di beneficenza.* — Direttore sanitario dell'Ospedale Civile; vedi fasc. 40. Scad. 10 nov.

VAILATE (*Cremona*). — Medico chir. residenziale; L. 3500 al netto di R. M., due sessenni. Ab. 3450 dei quali circa 3100 considerati poveri. Non obbligo mezzo di trasp. Incarico U. S. e direzione ospedale Caimi. Il territorio com. è considerato zona malarica. Assunz. posto entro 15 giorni. Scad. 30 nov.

VERCELLI (*Novara*). — Presso la *Scuola ostetrica pareggiata* Assistente; L. 1180 nette con l'obbligo di pernottare e risiedere nell'ospedale maggiore ove ha sede la scuola e disimpegnare ufficio assistente presso sezione maternità; non più di 30 anni, titoli ed esami, documenti al Rettore della R. Università di Torino. Scad. 10 novembre.

VERTENEGLIO (*Istria*). — Il Municipio ha aperto il concorso ad un posto di medico comunale con condotta piena e coll'emolulemento annuo di cor. 5000. Armadio farmaceutico. (Cittadinanza austriaca).

Medico-chirurgo assumerebbe interinato o supplenza. Scrivere Dott. N. D. Supino (Roma).

Cercasi medico-chirurgo supplente per due mesi dal 1° novembre in Pofi (Roma) (a 100 Km. da Roma sulla linea Roma-Napoli). Splendido panorama, aria di collina, acqua potabile buona, illuminazione elettrica. Compenso L. 300 mensili nette. Scrivere subito al Sindaco.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

GENOVA. *R. Clinica medica.* — Sei posti di assistente; vedi fasc. 42. Scad. 5 novembre.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È aperto un concorso a premi fra gli ufficiali del corpo sanitario marittimo in servizio attivo ed in posizione ausiliaria, per la compilazione di consigli pratici e precetti igienici, ad uso dei militari di marina, da comprendersi in un fascicoletto che verrebbe inserito nel libretto personale dei marinai.

Il breve scritto, che non dovrebbe comprendere più di 12 o 16 pagine di stampa, in forma semplice, chiara e compendiosa, senza termini tecnici, tratterà questi argomenti: tubercolosi, malaria, tifo, infezioni intestinali in genere, alcoolismo, insolazione, igiene nelle marce, igiene individuale nei paesi caldi, malattie veneree e sifilitiche.

Gli scritti, senza data e senza firma, devono essere dattilografati e chiusi in pieghi suggellati, sui quali, oltre allo scopo dell'invio, sarà segnato un motto che dovrà essere ripetuto nel testo.

Nello stesso piego sarà chiuso un plico minore da aprirsi dopo l'esame scritto e contenente un foglio che porterà il medesimo motto, insieme al nome del compilatore.

Detto piego, suggellato, sarà spedito dentro un'altra busta o involucro esterno all'Ispettorato di sanità, che ne accuserà ricevuta al foglio d'ordine indicando il motto.

Il termine del concorso scade il 1° luglio 1914. Il premio da assegnarsi al migliore lavoro, che risponderà a tutti i requisiti suddetti, sarà di L. 600 e non potrà essere diviso. Il giudizio verrà dato da apposita Commissione composta da tre ufficiali superiori medici della regia marina, che sarà a suo tempo nominata.

La Commissione avrà facoltà di designare i premi minori di lire 200 ad uno o due scritti presentati, qualora avessero tali pregi da potere essere utilizzati in parte per la redazione definitiva.

Il concorso potrà essere rinnovato se nessuno dei concorrenti fosse degno di premiazione. Gli scritti non saranno restituiti.

NOTIZIE DIVERSE

Il IV Congresso della Società italiana di Neurologia

indetto a Firenze, è stato rinviato al mese di aprile 1914. in giorni da destinarsi. I titoli delle comunicazioni, unitamente alla richiesta dei mezzi per le eventuali dimostrazioni. dovranno essere inviati al dottor Mario Zalla, Clinica di San Salvi in Firenze.

Il I Congresso della Società italiana di radiologia medica

si è svolto a Milano. Pronunziò il discorso inaugurale il prof. A. Righi di Bologna.

Daremo in un prossimo numero un resoconto dei lavori redatto espressamente per noi dal prof. Mario Serena.

A sede del prossimo congresso, da tenersi nell'anno venturo, venne acclamata Genova.

L'inaugurazione del museo antitubercolare a Milano.

Questa cerimonia venne abbinata con l'inaugurazione del congresso radiologico. Tenne un elevato discorso il prof. Foà, che espose i mezzi e le finalità del Museo. Il Museo è racchiuso in due sale che già contengono molto materiale raccolto dagli attivi organizzatori dottori Cova, Ariento e prof. De Fano.

II Conferenza internazionale per la protezione operaia.

L'atto conclusivo di questa Conferenza, adunatasi a Berna, è stato firmato dai delegati delle seguenti nazioni: Italia, Germania, Austria-Ungheria, Belgio, Spagna, Gran Bretagna. Norvegia, Olanda, Svezia, Portogallo e Svizzera.

Le convenzioni internazionali saranno elaborate soltanto nel 1914, anno in cui si adunerà la conferenza diplomatica che il Consiglio Federale svizzero si propone di convocare.

L'atto ora firmato contiene le seguenti proposte principali:

La convenzione vieterà il lavoro notturno dei giovani operai impiegati nell'industria fino all'età di 16 anni compiuti. Il riposo durerà 11 ore consecutive per lo meno; queste undici ore dovranno comprendere il periodo dalle 10 della sera alle 5 del mattino. Nelle miniere di carbon fossile e di lignite lo spostamento delle ore di lavoro è ammissibile quando la durata massima sia prolungata.

La convenzione entrerà in vigore due anni dopo la chiusura del processo verbale della convenzione. In ragione delle condizioni speciali di certi paesi, il termine dell'entrata in vigore della proibizione del lavoro industriale notturno per i giovani operai dell'età di almeno 16 anni dovrà essere prolungata per i laminatoi e le ferriere che lavorano il ferro e l'acciaio a fuoco continuo.

Nuovi senatori.

Sono stati innalzati alla dignità del laticlavio due medici:

l'on. Alberto Agnetti, ex deputato al Parlamento; ha sempre sostenuto con impegno il mandato politico; è decorato della medaglia per i benemeriti della salute pubblica nella campagna contro il colera;

il prof. comm. Bellone Pescarolo, docente di semeiotica delle malattie nervose all'Ateneo torinese, socio ordinario della R. Accademia di medicina di Torino, uomo di studio e di pratica, consulente apprezzato.

Ai due egregi sanitari vadano i nostri rallegramenti.

Ci sia consentito di manifestare da queste pagine il nostro compiacimento per la nomina a senatore del prof. Roberto Ardigò, l'illustre filosofo italiano del positivismo scientifico.

Medici candidati.

Riportiamo dall'« Avvenire Sanitario » un altro elenco di colleghi che presentano la loro candidatura in diversi collegi d'Italia:

Lanciano — Dott. prof. Caporali.
Penne — Dott. G. Tinozzi.
Pescina — Prof. M. Scellingo.
Prato — Dott. A. Angiolini.
Lugo — Dott. U. Brunelli.
Montesarchio — Prof. L. Bianchi.
S. Bartolomeo in Galdo — Dott. V. Bianchi.
Foggia — Prof. P. Castellino.
Acerenza — Prof. R. Santoliquido.
Badia Polesine — Prof G. Badaloni.
Pistoia — Prof. P. Casciani,
Novara — Dott. Giulietti.
Verona I — Prof. L. Messedaglia.
Bojano — Prof. M. Pietravalle.
Aosta — Prof. G. Rattone.
Alghero — Prof. A. Roth.
Piedimonte d'A. — Dott. Scorciarini Coppola.
Chiaravalle Calabro — Prof. P. N. Gregoraci.
Pisa — Prof. G. B. Queirolo.
Vico Pisano — Prof. Guido Tizzoni.
Bologna I — Prof. Luigi Silvagni.
Cento (Ferrara) — Dott. A. Bussi.
Tropea (Catanzaro) — Dott. F. Mottola.
Nuoro (Sassari) — Dott. F. Dore.
Borgo Mozzano (Lucca) Dott. G. Pilli.
Adria (Rovigo) — Dott. A. Gallini.
Rovigo. — Dott. F. Beghi.

Sappiamo pure che pel collegio di Legnago (Verona) si presenta il dott. Percaccini, Pres. della sez. Veronese dell'Ass. Naz. Med. Cond.

Un ambulatorio per la cura dei tumori.

Una buona e pia gentildonna genovese, la signora Luisa Olivari, con atto munifico e filantropico ha istituito in Roma, fondandolo di sana pianta e cioè comprando il terreno necessario e facendolo fabbricare appositamente, un ambulatorio gratuito per la cura dei tumori, che colma una lacuna nella assistenza sanitaria dei poveri della capitale.

L'ambulatorio, unico nella specie in Italia, sorge nel popoloso e popolare quartiere di San Lorenzo (via Etruschi, n. 9) in un fabbricato pieno di luce e di sole ed oltre ad essere fornito di ogni comfort moderno (luce, acqua, termosifone) e di ampi e spaziosi locali per visite e medicazioni, è dotato di tutto ciò che l'igiene e l'ingegneria sanitaria odierna conoscono; possiede fra l'altro una stufa per la distruzione immediata dei residui infetti.

La nobile fondatrice ha speso oltre a cinquantamila lire nella benefica istituzione, la quale servirà ad alleviare le miserie ed i dolori di tanti

e tanti infelici, che colpiti da tumori, in certi stadî della malattia non possono essere accettati dagli ospedali. Nulla ha trascurato per rendere proficua di bene la sua istituzione. Si è recata a Parigi ed a Londra per studiare in quelle cliniche l'impianto di ambulatorî consimili.

Direttore sanitario dell'ambulatorio è l'illustre prof. Alessandri, della Università, che ha fornito l'istrumentario chirurgico.

L'ambulatorio sarà aperto tutto l'anno, il martedì, giovedì e sabato, dalle 10 alle 12.

La prima casa del « Sorriso d'Italia ».

A Porto Maurizio ha avuto luogo con grande solennità la posa della prima pietra della prima casa di cura marina del « Sorriso d'Italia ». Questa istituzione, com'è noto, si propone di fondare in varî punti d'Italia colonie di soggiorno climatico al mare e al monte accessibili ai ragazzi delle classi sociali agiate e medie.

Il Governo era rappresentato alla cerimonia da S. E. l'on. Vicini. Il discorso d'occasione fu pronunciato dal poeta Bertacchi.

Onoranze a un collega.

Gli ammiratori ed amici offersero al dottore Enrico Andreoli di Borgonuovo V. T. (Piacenza) una medaglia d'oro quale attestazione delle benemerenze da lui acquistate in quella borgata, ove ha fatto sorgere e prosperare varie opere di beneficenza ora fiorenti.

Onorificenza.

La Società della medicina americana ha decretato la medaglia d'oro annuale al dott. Bass di New York, in riconoscimento della scoperta da lui compiuta della *coltura degli ematozoi malarici*. — La coltura ha luogo in sangue umano defibrinato, in presenza di zucchero d'uva che pare agisca solo da riducente.

I risultati di Bass hanno già ottenuto molte conferme.

Dame della Croce Rossa decorate.

La regina Eleonora di Bulgaria, che diresse personalmente il servizio della Croce Rossa durante la guerra e apprezzò il coraggio e l'utilità dei servizi resi dalle due distinte signore, contessa Gabriella Zileri Massimo e donna Elena Jaccarino Rochefort, consigliere della Croce Rossa Italiana — le quali si recarono a Sofia per prestare la loro opera in favore dei feriti bulgari — le ha insignite ora d'un ordine cavalleresco e, pel tramite del nostro ministro degli Esteri, ha loro fatto tenere le decorazioni

Assoluzione di un medico.

Il dott. G. B. Foppiani di Bobbio (Piacenza) era stato imputato di avere omesso di visitare il cadavere di una bimba di 8 mesi, pur autorizzandone il seppellimento. La causa, discussa innanzi la pretura di Bettola, è terminata con l'assoluzione del sanitario, il quale potè dimostrare che si era trovato nell'impossibilità di recarsi sul posto, perchè sorpreso dalla tormenta, e potè addurre una legione di testimoni che comprovarono la sua attività costante e premurosa a favore dei malati.

Un medico ferito.

A Canicattì (Girgenti) durante un comizio elettorale degenerato in conflitto il dott. Salvatore Rao, vice sindaco, venne colpito a un braccio da un colpo di rivoltella.

Attentato contro un medico.

Al Saint-Mandé di Parigi il dott. F. Philippe, che sostituiva un collega, venne improvvisamente assalito da un paziente durante un esame medico. L'aggressore era armato di due temperini. Il medico riuscì ad afferrarlo pei polsi e ad immobilizzarlo in un angolo della stanza, riportando solo ferite lievi ad una mano, al ciglio di sinistra e al labbro superiore.

Errore di un farmacista.

A Firenze l'on. Ciccaroni era entrato in una farmacia per chiedere un purgante; ricevette invece dell'alcool denaturato che gli cagionò gravi disturbi, tanto che si dovette portarlo all'ospedale vicino, ove fu messo fuori pericolo.

Le suore nel manicomio di Novara.

In seguito alla morte della ispettrice ed al ritiro delle due sotto ispettrici del manicomio di Novara, l'amministrazione ha chiamato a sostituirle le suore di carità, le quali già prestano servizio negli ospedali cittadini.

La legge contro l'alcoolismo.

Si è tenuto a Roma un convegno indetto dalla Società industriali e negozianti di Roma d'accordo con l'Associazione fra i proprietari di esercizi di Milano, per concretare i desiderata della classe diretti a temperare la legge contro l'alcoolismo nella compilazione del regolamento. Una commissione dei convenuti è stata ricevuta al Ministero dell'interno dall'on. Falcioni.

Un ospedale preso per fame.

L'Amministrazione dell'ospedale civile di Genova attraversa una grave crisi finanziaria per cui i fornitori l'hanno diffidata per mezzo di ufficiale giudiziario a far onore ai propri impegni prima del 15 ottobre, minacciando se non ottempererà a tale obbligo di cessare ogni fornitura. Il debito dell'Amministrazione ospitaliera, a quanto si dice, è di 500 mila lire che sarebbero così divise: 150 mila per latte e latticini, 100 mila per carne, 40 mila per pane, 40 mila per vino, 19 mila per formaggio, 80 mila per medicinali, coloniali, ecc. (*Avv. San.*).

La Cassa di maternità in Francia.

È stata promulgata negli scorsi giorni in Francia una legge che prescrive il riposo delle donne addette alle industrie prima e dopo il parto e l'assegnazione di indennità e di sussidi durante questo periodo di riposo.

Scuole per fanciulli deficienti e tardivi.

Attualmente in Germania esistono circa 1800 scuole per ragazzi deficienti e tardivi (*Hilfschulen*) con 3800 scolari. Il numero di tali scuole cresce ogni anno, e per provvedere ai bisogni di

esse si sta istituendo ad Essen una scuola normale di pedagogia emendativa, dove riceveranno adatta preparazione i maestri che vogliano dedicarsi all'educazione dei deficienti. (*Vita San.*).

Gesta di suffragiste.

Le suffragiste inglesi hanno infranto molti vetri alle finestre di Harley Street, una via abitata da varie personalità mediche.

Hanno così inteso di protestare contro il *gavage* forzato a cui vengono sottoposte nelle prigioni dai medici, per disposizione del Ministero dell'interno, allorchè proclamano lo « sciopero della fame ».

Mercanti di ossa.

Or è qualche settimana sono stati arrestati due inservienti dell'Istituto di anatomia patologica di Torino, i quali, con la dichiarazione « oggetti da collezioni scientifiche di zoologia » avevano spedito una partita di casse contenenti ossa umane fresche, scarnificate e disinfettate. Non comprendiamo la ragionevolezza di questa misura.

Un'importante legge igienico-sanitaria in Pensilvania.

Il 25 giugno è stata approvata dal Senato di Pensilvania una legge che incontrò il plauso di tutte le Società mediche e scientifiche di quello Stato.

Questa legge « vieta la concessione delle licenze matrimoniali a tutte le persone affette da malattie infettive o comunque trasmissibili, a chi sia sotto la tutela o sia soggetto ad eccessi di alienazione mentale o affetto da imbecillità ».

Nessuna persona — dice la nuova legge — potrà sposarsi, se per un periodo minimo di cinque anni sia stata ricoverata al Manicomio, a meno che non possa provare, con dichiarazione di visita medica collegiale, « che le cause psichiche che resero necessario il suo ricovero manicomiale siano completamente scomparse ».

Questa legge ha suscitato tale favorevole impressione, che altri Stati Americani intendono approvare una simile legislazione. A Chicago — in questi giorni — si riunirà un Congresso di medici psichiatri e legali, per discutere l'importantissimo argomento. (*L'Igiene Sociale*).

La campagna contro le mosche.

Il « Local Government Board » di Londra ha pubblicato la sua sesta relazione annuale sulla questione della mosca domestica, e sulla influenza che l'insetto esercita nella diffusione delle malattie infettive.

Una nuova città-giardino.

Si è inaugurato nel mese scorso a Epinay-sur-Seine il primo gruppo di villette della città-giardino sorta per iniziativa di una società mutua operaia, allo scopo di fornire civili ed igieniche abitazioni ai lavoratori che numerosissimi si addensano nella località per le varie industrie ivi esistenti.

L'attuazione completa del progetto comprende la fabbricazione di 75 piccoli padiglioni ciascuno con due alloggi contigui composti di cucina, sala da pranzo, studio, due o tre camere da letto e spesso anche una lavanderia, oltre un giardinetto di cento metri quadrati. Inoltre un vasto giardino comune è riservato unicamente ai giuochi dei bambini.

Il meraviglioso di questa opera di previdenza e di associazione sta nel fatto che gli alloggi non hanno che il prezzo d'affitto da 580 a 630 lire, compresa la rata di ammortamento, e l'inquilino dopo 25 anni diventa il proprietario dello stabile da lui abitato.

Xenofobia nelle Università germaniche.

Si annuncia ufficialmente da Berlino che il numero degli studenti stranieri nelle Università della Germania verrà limitato, stabilendo una cifra massima non superabile, poichè la ressa degli studenti stranieri nei laboratori e nelle cliniche si sarebbe dimostrata svantaggiosa per gli studenti tedeschi, particolarmente nell'Università di Berlino, dove nell'ultimo semestre erano inscritti 645 russi, di cui 511 alla facoltà di medicina. Di recente vi si era già manifestata un'agitazione contro i russi.

Nell'Università di Monaco di Baviera è stabilito da due anni un limite di numero per gli studenti balcanici.

Dopo l'avviso generico di provvedimenti da prendere, segue il preannunzio di misure radicalissime, alle quali ricorrerà l'Università di Berlino: rifiutare cioè per il nuovo semestre ogni immatricolazione di russi. Solo in casi specialissimi il Ministro dell'istruzione si riserverà di provvedere a qualche ammissione.

Nelle altre città non è preannunziata ancora nessuna misura del genere.

Risarcimento di danni arrecati dai raggi X.

La signora Chevalay, incaricata del servizio di radiografia nel sanatorio di Zuydcoote, in Francia, era stata colpita da una radiodermite alle mani.

Ella intentò un processo contro l'amministrazione del sanatorio. I periti giudiziari ammisero la totale incapacità al lavoro ed il pericolo della perdita delle due mani. In base a questa perizia il tribunale civile di Dunkerque ha condannato l'amministrazione del sanatorio a pagare alla signora Chevalay la somma di 10,000 franchi.

Necrologio di lavoratori.

Da una relazione pubblicata in questi giorni a Londra dal *Board of Trade* risulta che nel 1912, 5046 lavoratori inglesi trovarono la morte in conseguenza di accidenti derivanti dalla loro professione. Su questo totale, che rappresenta un aumento di 742 individui sulla cifra dell'anno precedente, 1876 lavoratori appartenevano alla categoria dei marinai fuochisti e macchinisti, mentre 107 facevano parte di equipaggi di navi da pesca naufragate.

I lavoratori morti in seguito ad accidenti minerari sommano a 1311; di essi 177 perirono in disgrazie avvenute alla superficie del suolo e 1134 perirono nelle gallerie sotterranee. I lavoratori uccisi negli stabilimenti, negli opifici e nelle officine sommarono a 945, mentre le vittime dell'industria tessile furono 73. I casi di avvelenamento saturnino furono 587. I casi di avvelenamento da mercurio, fosforo ed arsenico 22 (*Avven. Sanit.*).

Rassegna della stampa medica.

La Sem. Méd., 27 ag. ACHARD e RIBOT. « Ritenzione ipocloremica nelle nefriti idropigene ».
La Med. Soc., 25 ag. PETRINI. « La crisi della specie ».
Gaz. d. Hôp., 28 ag. CHAUVET. « Sulla patologia dei minatori (di carbone) ».
Deut. Med. Woch., 28 ag. ROTTER. « Operazione radicale di un carcinoma polmonare ». — KASSOWITZ. « Sulla questione del rachitismo ».
Brit. Med. Journ., 30 ag. RIVIERE. « I metodi moderni nella diagnosi della tisi ». — EVANS. « Pancreatiti acute ».
La Prov. Méd., 30 ag. MOUSSONS e LEURET. « Gli slattamenti anormali ».
Riv. Ospedal., 31 ag. LUZZATTI. « Trattamento radioterapico dell'ipertrofia del timo (asma timico) ». — FEDERICI. « I polipi rettali nei bambini ».
Gazz. d. Osp., 31 ag. CORBETTA. « Sul linfagioma cistico congenito del collo ».
La Clin. Med. It., ag. FARINI e CECCARONI. « Pressione arteriosa e diuresi nella terapia ipofisaria ». — COSTANTINI. « Sulla batteriemia tifica ».
Arch. gén. de Méd., ag. PERPÈRE. « Fisioterapia dell'asma ».
La Presse Méd., 30 ag. GUIBÉ. « Rapporti tra appendicite e diverticolite ».
La Rif. Med., 30 ag. SISTO. « Sull'azione del torio X nelle malattie del sangue ».
Riv. crit. di Clin. Med., 30 ag. CATÒLA. « Lacune di disintegrazione cerebrale ».
Med. Klinik, 31 ag. JANOWSKI. « La dietetica delle nefriti ».
Journ. d. Prat., 30 ag. LECLERCQ. « La nevrastenia della cinquantina ».
Jahresk. f. ärzt. Fortb., sett. JAFFÉ. « Medicina sociale ». — PUPPE. « Medicina forense ». — THIEM. « Medicina d'infortuni ». — SUDHOFF. « Storia della medicina ».
Gaz. d. Hôp., 30 ag. BENON. « Le nevrosi traumatiche ». — 2 sett. SAINTON e ROL. « Il diabete ipofisario ».
Arch. d. Mal. de l'App. Dig. ecc., ag. HALLEZ. « La ricerca delle emorragie occulte del tubo digerente ».
Rev. Clin. de Madrid, 15. LAFORA. « Le affezioni nervose prodotte dal paludismo ».
Arch. It. di Ginecol., 31 ag. LOMBARDO. « Il mio compressore dell'aorta addominale nelle emorragie ostetriche in sostituzione del laccio elastico alla Momburg ».
The Journal A. M. A., 30 ag. EASTMAN, SUMMERS. « Le bande peritoneali e la stasi intestinale ». — MOORE. « Stati preneurastenici e predemenziali ». — ANDERSON. « Sulla misura dell'efficacia di alcuni disinfettanti ».
Berl. Klin. Woch., 1 sett. GUDZENT. « Il dosaggio e la metodica per l'uso di sostanze radioattive nelle malattie interne ». — FROMHERZ. « Sulla cistinuria ».
Riv. di Ig. e di San. pubblica, 31 ag. DI VESTEA. « Ancora a proposito del « " Lisoform " ».
The Practitioner, sett. REEVE. « Il trattamento della tisi con iodio nascente ». — CHARLES. « La patologia dell'emicrania ». — NICKOLSON. « Nuovo caso di malattia da morso di ratto ».
Pathologica, 1 sett. FERRAI. « Modificazioni del sangue nelle scottature ».
Münch. Med. Woch., 2 sett. v. DUNGERN e HALPERN. « Fissazione del complemento nel liquido cerebro-spin. di carcinomatosi. ». — GIUK. « La tubercolosi laringea è una controindicazione alla collassoterapia? ». — FISCHER. « " Igiene sociale " » e « " medicina sociale " ».
La Sem. Méd., 3 sett. CHEINISSE. « L'ulcera del duodeno nei bambini ».
Gazz. d. Osp., 2 sett. BELLINI. « Azione curativa dell'isovalerianato di borneolo in alcuni casi di nevrosi e neuro-psicosi ».
La Presse Méd., 3 sett. FAURE e DESPLAS. « Fibroma puro del cieco ».
Edinb. Med. Journ., sett. WILKIE. « Diverticoli duodenali e duplicature della parete duodenale. — RENTON. « Difetti di conduzione del cuore ». — CATHEART. « L'estensione nella cura operativa delle fratture degli arti ».
The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 1 sett. O' CONNEL. « Metereologia della malaria ». — ARCHIBALD. « Anchilostomiasi acuta trattata con un vaccino autogeno ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozz , resp.

Anno XX. Roma, 2 novembre 1913 Fasc. 44

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Clinica oculistica della R. Università di Parma
diretta dal prof. C. GALLENGA.

Un caso di leucemia mielogena con una particolare manifestazione oculare

Nota clinica

per il dott. LEONARDO CASOLINO
assistente volontario.

Dopo che Wirchow nel 1845 ebbe stabilito che la leucocitosi permanente con particolari alterazioni morfologiche del sangue rappresenta il carattere principale e necessario per la diagnosi della leucemia, spetta a Liebreich il merito di aver descritto per la prima volta nel 1861 le alterazioni del fondo oculare in detta malattia.

Ciò che comunemente si osserva è la retinite leucemica, costituita alle volte da macchie o strie bianche disposte lungo i vasi, altre volte da emorragie vere e proprie per rottura delle pareti vasali. Egualmente interessati possono essere il corpo vitreo, il nervo ottico e la coroide.

Nel caso di cui mi occuperò brevemente mancavano le comuni alterazioni del fondo oculare, ma si notava nell'occhio sinistro un quadro clinico che merita di essere ricordato, in quanto che nella letteratura non devono abbondare descrizioni di alcuni particolari che in primo tempo si osservarono nell'occhio del caso che forma oggetto di questa nota.

Sarebbe stato importante l'esame istologico delle membrane oculari alterate, ma il divieto di autopsia m'ha impedito di enucleare l'occhio ammalato.

Z... M..., di anni 54, contadina, da San Nazzaro di Sissa (Parma).

Il padre, dopo nove anni di permanenza nel Manicomio di Colorno (Parma), vi è morto all'età di 67 anni.

Attualmente ha due fratelli e cinque sorelle viventi, delle quali una è ricoverata da sette anni nel Manicomio di Colorno. Una sorella è morta di difterite quando aveva tre mesi; un fratello è morto nell'ospedale di Parma all'età di

42 anni, dopo quattro mesi di malattia. Dalla sintomatologia che l'inferma ci riferisce pare che si sia dovuto trattare di un carcinoma dello stomaco, che in queste regioni si osserva con una certa frequenza.

Esclude di aver sofferto le comuni malattie dell'infanzia, nè in seguito ricorda di essere stata mai malata.

Per un periodo di dieci anni è andata a lavorare in risaia, ma esclude assolutamente di aver sofferto mai febbri malariche. S'è mestruata all'età di 14 anni.

A 22 anni ha preso marito ed ha avuto undici gravidanze, di cui tre aborti e otto portate a termine. I tre aborti corrispondono alla quarta, sesta e ottava gravidanza. La causa di essi l'inferma crede doverla attribuire alle non lievi fatiche quotidiane a cui si sottoponeva.

Durante l'ultima gravidanza l'inferma è andata soggetta ad edema generalizzato, che scomparve dopo due mesi in seguito al parto normale.

Attualmente ha cinque figli viventi e sani. Degli altri tre, uno è morto all'età di ventotto giorni in seguito ad infezione morbillosa; il secondo è morto di vaiuolo all'età di tre mesi e il terzo di scarlattina in un'epoca che l'inferma non sa precisare.

Le mestruazioni sono state sempre regolari, ma quantitativamente scarse. Spesso si è verificato un ritardo mensile, che però non ha mai superato i dieci giorni. Sono cessate da dieci o undici anni.

Afferma di aver sofferto soltanto di un certo grado di anemia fin dalla giovane età, e da qualche anno un indebolimento generale con cefalee intense, che si sono accentuate in questi ultimi giorni, in cui ebbe a risentire per la prima volta disturbi della visione, accompagnati da leggero dolore non ben precisabile al globo oculare sinistro.

L'inferma viene ammessa in Clinica il 16 giugno 1913. I disturbi visivi all'occhio sinistro datano da quindici giorni.

L'esame obbiettivo dal lato oculistico ci fa rilevare:

Occhio destro normale. Il *visus* = 1.

Occhio sinistro: Ptosi della palpebra superiore, intensa iniezione ciliare. Cornea trasparente. La camera anteriore, di profondità quasi normale, presenta nella sua parte inferiore un essudato grigio-giallastro, alto due millimetri circa e non molto facilmente spostabile col variare della posizione del capo. Pupilla mobile e dilatata per instillazione di atropina.

L'esame oftalmoscopico è negativo.

Il *visus* = 20/70. La tensione oculare = 15.

Si fa diagnosi di irido-ciclite, riservandoci di espletare con ulteriori esami lo studio patogenetico.

La reazione di Wassermann è negativa.

Si continua ad instillare atropina e si applicano delle sanguisughe alla regione temporale sinistra, senza un risultato apparente.

Il 18 giugno si pratica una paracentesi allo scopo di far fuoriuscire l'essudato e sottoporlo ad esame, ma non fuoriesce che acqueo.

Tuttavia, tenendo conto dell'aspetto dell'ammalata, delle condizioni dell'occhio, della perfetta mobilità dell'iride, dell'esser comparsa epistassi un po' insistente, arrestatasi con una certa difficoltà, si sospetta che l'essudazione nella camera anteriore sia l'espressione di un disturbo generale ed eventualmente di fatti di alterata crasi sanguigna, onde il prof. Gallenga prescrive di sottoporre l'inferma a minute indagini generali e all'esame del sangue.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica regolare, discretamente robusta. Pannicolo adiposo diminuito, invecchiamento precoce.

Colorito della cute bruno, con leggiera tinta giallastra. Sparse su la superficie del corpo si rivengono emorragie puntiformi, delle quali alcune recenti, altre di data più antica.

Le vene cutanee sono bene sviluppate e discretamente turgide. In corrispondenza dello sterno si nota un circolo venoso collaterale.

Apparecchio respiratorio. — Normale.

Cuore e apparecchio circolatorio. — Normale.

Arterie esplorabili al tatto non indurite.

Mucose visibili di aspetto leggermente roseo. Dentatura guasta.

Addome. — Si presenta tumefatto specialmente al lato sinistro, ma non è meteorico.

La milza è enormemente ingrossata. In alto giunge al settimo spazio intercostale; in basso, alla spina iliaca anteriore-superiore; in dentro raggiunge la linea mediana. Ha consistenza duro-elastica ed è spostabile.

Il fegato deborda per tre dita trasverse dall'arcata costale sull'emiclaveare. Il limite superiore è al quinto spazio intercostale. Il bordo e quella parte del fegato che si possono palpare hanno consistenza dura.

Sistema ghiandolare. — Si palpano bene le ghiandole inguinali, ascellari e latero-cervicali, ma non sono molto ingrossate.

Esame delle urine. — Tracce d'albumina.

Tensione arteriosa = 155.

Esame del sangue:

Emoglobina 70.
Corpuscoli rossi 3,760,000.
Corpuscoli bianchi 240,000.
Emocitoblasti 80 %.
Coagulazione normale.

Al mattino del giorno 21 l'inferma è colpita da leggera epistassi.

L'esame dell'occhio sinistro ci fa notare un fatto nuovo. L'essudato grigio-giallastro che occupava la parte inferiore della camera anteriore presenta un colorito rosso per una sopravvenuta emorragia nel corso della notte.

Il giorno 22 si nota una continua per quanto lenta emorragia delle gengive.

Le condizioni dell'inferma si mantengono immutate nei giorni 23 e 24 giugno.

La temperatura s'era mantenuta sempre normale; nel pomeriggio del giorno 25 però il termometro segna 38°.5 gradi centigradi.

26 giugno 1913. Temperatura ore 8: 37°.8; ore 16: 38°.3. L'emorragia nella camera anteriore è aumentata di poco. L'iniezione ciliare che si era notata ai primi giorni è quasi scomparsa. Si notano invece diverse chiazze emorragiche sottocongiuntivali nell' occhio sinistro. Si iniettano cinque centimetri cubi di siero di cavallo.

27 giugno. L'ipoema occupa quasi la metà della camera anteriore. Sono aumentate le chiazze emorragiche sottocongiuntivali. Si iniettano altri cinque centimetri cubi di siero. Temperatura ore 8: 37°.1; ore 16: 38°.3.

28 giugno. Temperatura ore 8: 37°.2; ore 16: 37°.1.

L'ipoema occupa tutta la camera anteriore, si somministrano venti gocce di benzolo, che l'inferma rigetta dopo un quarto d'ora. Al pomeriggio si somministrano altre venti gocce di benzolo nel brodo. Si pratica la terza iniezione di cinque centimetri cubi di siero eterologo.

29 giugno. Temperatura ore 8: 37°.4; ore 16: 38°. Numerose emorragie puntiformi alla regione anteriore del braccio destro e al viso. Le gengive sono orlate in nero per la continua emorragia. Si iniettano altri cinque centimetri cubi di siero.

30 giugno. Temperatura ore 8: 37°.8; ore 16: 38°.2. Sono aumentate le emorragie sottocutanee alle braccia. Il versamento sanguigno nella camera anteriore tende sompre ad aumentare. Quaranta gocce di benzolo.

1° luglio 1913. Temperatura ore 8: 37°.8; ore 16: 38°2. Si aumenta la dose del benzolo (60 goccie *pro die*), ma l'inferma ha vomito che si ripete tre volte nel corso del giorno. Nella notte s'è avuta emorragia delle gengive abbastanza notevole.

Nell'esame delle feci si rinvengono degli elementi sanguigni. Si praticano quattro clisteri con gelatina e cloruro di calcio. Stato generale molto depresso.

2 luglio. Temperatura ore 8: 38°.9; ore 16: 39°.6. L'emorragia nella camera anteriore non è più aumentata, anzi sembra che l'ipoema tenda a diminuire. Larga chiazza emorragica sottocutanea all'ipocondrio di sinistra. Altre chiazze si rinvengono alle regioni interne delle cosce. L'esame delle urine non lascia notare nulla di speciale. Si sospende la somministrazione di benzolo.

3 luglio. Temperatura ore 8: 38°.4; ore 16: 39°.6. L'ipoema tende insensibilmente a diminuire; occupa ancora però i due terzi della camera anteriore. Al mattino l'inferma è colpita da epistassi profusissima, per cui s'è dovuto ricorrere al tamponamento posteriore.

4 luglio. Temperatura ore 8: 40°.1; ore 16: 49°.3. Vaste emorragie sottocutanee che occupano completamente le due regioni ipocondriache. Nuovo versamento emorragico nella camera anteriore.

5 luglio. Temperatura ore 8: 37°.3. Polso filiforme. Camera anteriore totalmente occupata dal versamento sanguigno. L'inferma muore al pomeriggio con fenomeni di asistolia.

Esistendo nella nostra ammalata un tumore cronico di milza con epatomegalia e relativo ingrossamento dei gangli linfatici, si deve pensare che il quadro clinico a cui si assistette è dovuto alla riacutizzazione di un processo leucemico cronico.

Il reperto ematologico infatti è quello di una leucemia acuta a *emocitoblasti*.

L'essudato della camera anteriore, che nel nostro caso si è rivelato quasi come un sintomo premonitorio, non poteva da solo farci pensare all'esistenza della particolare alterazione morfologica del sangue, su cui non mi diffondo, avendo essa costituita oggetto di esame per parte del prof. Ott, ex aiuto della Clinica medica di Parma e attualmente direttore del laboratorio di chimica-clinica dell'Ospedale Maggiore.

Dirò soltanto che l'80 % dei globuli bianchi era data da quella forma di elementi (emocitoblasti), che nella leucemia mielogena precedono la formazione dei mielociti, a seconda di quanto venne stabilito dagli studi del Ferrata, della Clinica medica di Parma, che per lungo tempo si occupò di questi argomenti di ematologia.

Se avessimo potuto esaminare l'ipopion che fu osservato nei primi giorni in cui si presentò l'inferma, avremmo certamente constatato che l'essudato plastico era formato dalla fuoriuscita di fibrina e corpuscoli bianchi dai vasi dell'iride e del corpo ciliare.

Il primo versamento sanguigno che trasformò l'essudato in una massa rossastra, si effettuò contemporaneamente ad una leggera epistassi e ad emorragia delle gengive.

Seguirono emorragie sottocongiuntivali nell'occhio ammalato e sottocutanee nelle diverse parti del corpo, e queste ultime andarono sempre aumentando, in modo da formare negli ultimi giorni vastissime chiazze emorragiche.

L'ipoema invece, dopo aver occupato tutta la camera anteriore, tendeva a diminuire e per due giorni non s'è avuto alcun versamento.

Negli ultimi due giorni invece, mentre la temperatura sale e sorpassa i 40° centigradi, si ha una epistassi notevole e la camera anteriore torna a riempirsi di sangue.

In quanto al decorso acuto della leucemia nella nostra inferma, non v'è nulla di particolare, anzi in essa abbiamo osservato quel decorso clinico e quella sintomatologia, che vengono comunemente descritti.

Così ad esempio, le emorragie sottocutanee, le epistassi frequenti e profuse, rappresentano un fatto quasi costante nella leucemia; ma ciò che per noi ha una particolare importanza, è l'alterazione avutasi nell'occhio sinistro, che credo si verifichi di rado.

Certi processi infiammatori dell'iride e del corpo ciliare, dànno luogo nella camera anteriore ad un essudato, del quale il più delle volte si può definire la natura e l'origine.

Il nostro caso invece dobbiamo ascriverlo a quelle forme di irido-cicliti, che son dovute o a cause ignote o meglio ad una affezione costituzionale.

L'alterazione morfologica degli elementi sanguigni infatti nella nostra ammalata costituiva una spiccata affezione costituzionale e ad essa si deve sia la fuoriuscita di fibrina e di leucociti dai vasi dell'iride e del corpo ciliare, che nei primi giorni hanno contribuito alla formazione dell'essudato nella camera anteriore, sia il versamento di sangue verificatosi nei giorni consecutivi.

I processi infiammatori dell'iride su individui leucemici sono descritti di rado in letteratura. Un caso è del Michel: si trattava di una donna con irite doppia, in cui l'esame microscopico di un pezzo d'iride escisso, ha fatto rilevare la presenza di numerosi noduli di cellule rotonde e di cellule epiteloidi. L'esame del sangue ripetuto però dimostrò una leucocitosi transitoria.

Altri autori in seguito, senza che l'ammalato presentasse l'alterazione morfologica del sangue, caratteristica della leucemia, descrissero col nome di iriti leucemiche, tutte quelle forme infiammatorie che facevano notare la presenza di noduli grigiastri su la superficie anteriore dell'iride.

Queste forme però devono giustamente rientrare nel capitolo della tubercolosi iridea.

Il caso descritto dal Puccioni su individuo realmente leucemico, ha fatto notare che nell'occhio sinistro erano interessate le membrane profonde e il corpo vitreo, e nell'occhio destro l'iride aveva perduto i caratteri anatomici e il forame pupillare ristretto era occluso da un essudato biancastro.

Nella nostra inferma invece l'iride presentava soltanto un leggiero ritardo nella reazione luminosa, ma sulla sua superficie non v'era alterazione alcuna che potesse attirare la nostra attenzione.

Per di più l'alterazione oculare si presentò e si mantenne localizzata in un occhio, a differenza di quanto comunemente viene osservato, e per un periodo di tempo fu caratterizzata da semplice essudazione con emorragia nella camera anteriore.

È risaputo come la diatesi emorragica sia uno dei sintomi più caratteristici della leucemia e una delle cause sta nell'alterata nutrizione delle pareti vasali (Strümpell).

Ho già detto che la retina è tra le membrane oculari quella che più facilmente va soggetta alle alterazioni leucemiche, ma nel caso in esame l'occhio destro si è conservato sempre normale e la retina dell'occhio sinistro non ha presentato alterazione alcuna fino a quando si è potuto fare l'esame oftalmoscopico.

Ciò che si sarebbe potuto verificare nei vasi retinici, è avvenuto invece a carico dei vasi dell'iride e del corpo ciliare, i quali in primo tempo hanno dato luogo all'essudato con la fuoriuscita della fibrina e dei leucociti, e in secondo tempo all'ipoema con la rottura delle loro pareti.

In quanto alla terapia dirò che le iniezioni di siero eterologo si sono praticate allo scopo di modificare la diatesi emorragica.

Per la stessa ragione si sono fatti i clisteri di gelatina e cloruro di calcio, essendosi riscontrati degli elementi sanguigni nell'esame delle feci.

Si è creduto opportuno infine di ricorrere al benzolo, perchè in questi ultimi tempi si è attribuito a questo farmaco, da una parte un'azione leucotossica e leucolitica e dall'altra un'azione displastica e anaplastica specifica per il sistema ematopoietico in genere.

Tutte queste assidue cure però non furono coronate da successo.

Parma, luglio 1913.

BIBLIOGRAFIA.

R. LIEBREICH. *Ueber retinis leukaemica und über Embolie der Arteria centralis retinae.* Deutsch. Klinik, n. 50, 1861.

R. LIEBREICH. *Atlas der Opthalmoscopie.* Berlin. Taf. 10, fig. 3.

SAEMISCH. *Retinis leukaemica.* Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., S. 305 bis, 321.

DEUTSCHMANN. *Ueber Veränderungen des Auges bei Leukämie.* Deutschmann's Beiträge z. Augenheilk., 4. Heft, S. 42.

MICHEL. *Uber Iris und Iritis.* Arch. f. Ophth., XXVII. 2, S. 237.

PUCCIONI. *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio delle alterazioni leucemiche nell'occhio.* Annali di oftalmologia, 1898, pag. 519.

KORANYI. Berl. klin. Woch., 1912, n. 29.

SELLING. Ziegler's Beiträge, vol. 51, fasc. 3.

BONI. Pensiero Medico, anno III, n. 26.

RIVISTE SINTETICHE.

I moderni studi sulle feci.

(ADOLF SCHMIDT, direttore della Clinica medica di Halle; *Medizinische Klinik*, 1913).

Per il dott. EMILIO FUÀ, assistente.

Due malattie funzionali dell'intestino si sono individualizzate in quest'ultimo decennio: la *dispepsia fermentativa* e le *diarree d'origine gastrogena*. Adolfo Schmidt e la sua scuola hanno procreato la prima e dato all'ultima il battesimo scientifico. Di queste due malattie, che venivano per l'addietro confuse tra loro e con molte altre che presentavano la diarrea come manifestazione esterna visibile, oggi siamo risaliti alle origini, e all'eziologia distinta corrisponde una terapeutica diversa e realmente feconda di risultati. Di ciò dobbiamo essere grati allo Schmidt che sollevò lo studio delle feci dall'abbandono in cui le aveva lasciate la classe medica. Boas le definiva la Cenerentola di tutta la medicina; ma finalmente anche per esse è arrivato il principe generoso della favola.

Primo merito dello Schmidt è quello d'avere ideato una *Probekost* anche per lo studio della

funzione intestinale; perchè soltanto sottoponendo gli organi sempre al medesimo stimolo noi possiamo sicuri criticare e dedurre quando ci troviamo poi di fronte ai prodotti della reazione. Anche le ricerche intorno al contenuto gastrico, più brillanti e concrete, coincidono col momento in cui fu introdotta in clinica la colazione di Ewald. Inoltre lo Schmidt ci ha tratteggiato tutta una metodica nuova da seguire: ricerche macroscopiche, microscopiche e cliniche che in Germania si vengono oggi diffondendo tra il favore concorde perchè sono ricerche che ci indirizzano spesso a una diagnosi esatta e ci formulano allora la terapeutica: io stesso l'ho vedute praticare su larga scala non solo nella Clinica di Halle, si capisce, dove furono concepite e vive l'autore, ma anche nei policlinici e negli ospedali di Berlino.

Ma torniamo alle nostre due malattie funzionali dell'intestino: si chiamano funzionali o dispeptiche quelle malattie che non s'accompagnano a un' infiammazione della mucosa; cioè i fatti patologici, di qualunque natura essi siano, si svolgono e si succedono nell' interno del lume senza che l'intestino ne partecipi con lesioni anatomiche dimostrabili. Le diarree gastrogene e la dispepsia fermentativa che ci dànno pure due reperti fecali così caratteristici, quasi agli antipodi l'uno dall'altro, hanno in comune, sempre che non siano complicate, di non presentare nelle feci il muco, il quale è, come sappiamo, il prodotto primo e più semplice della mucosa intestinale infiammata.

Io non riporto qui per intero la *probekost;* mi limito soltanto a riferire il pasto del mezzogiorno ch'è quello, come vedremo, che contiene gli elementi dietetici essenziali per la diagnosi delle due malattie in questione: un piatto abbondante di *purée* di patate, e 125 gr. di carne di manzo magra, pestata, e cotta poi leggermente al burro con la precauzione che rimanga cruda nel centro. Questa precauzione ha il suo perchè. Lo stomaco esce appena da una crisi: dopo averlo dotato di tutta l' importanza possibile, di averlo fatto il centro se non unico, certo prevalente della digestione, s'è inteso il bisogno di contestargli tutta questa sua importanza secretoria; ed i fisiologi sperimentando su gli animali, i chirurgi con le loro audacie meravigliose sugli uomini ci hanno ripetuto storie di animali e di uomini che dopo l'asportazione completa dell'organo hanno continuato a vivere e a digerire. Non è un male che la medicina vada soggetta ogni tanto a queste revisioni parziali; io credo anzi che sia in esse da ricercarsi una causa non indifferente del suo progredire continuo; perchè con queste revisioni, un nucleo rimane inalterato e si riafferma, mentre viene sfrondato tutto quel più che la mente entusiasta di chi crea è talvolta disposto a concedere. Per lo stomaco un dato è rimasto inattaccabile: che il succo gastrico, come contenente l'acido cloridrico, è assolutamente l'unico prodotto, tra quelli delle ghiandole digestive, che abbia il potere di sciogliere il connettivo e in special modo il connettivo crudo. Si può comprendere adesso tutta l'importanza, per la diagnosi delle diarree gastrogene, di quella parte centrale di carne che venga risparmiata dalla cottura.

Le diarree gastrogene non hanno una storia che risalga lontano; alcuni anni fa furono comunicate le prime osservazioni che in alcuni casi di diarree che da lungo tempo si protraevano, era stata riscontrata la mancanza di secrezione dello stomaco: si rese pubblico in seguito che in realtà casi di achilia gastrica specialmente, ma anche alcuni di subacidità, decorrevano non di rado complicati con diarree: a dimostrare quasi il rapporto diretto tra il difetto di secrezione e il fatto intestinale lo Schmidt contribuì da parte sua, descrivendo nei reperti fecali di tali ammalati quantità sempre notevolissime dei filamenti di connettivo. Ce n'era già di quel tanto perchè la malattia s'individualizzasse e prendesse il posto a sè che le spettava, mise il suggello finale il risultato terapeutico ch'è talvolta sorprendente: io ho veduto nelle Cliniche di Ewald e di Schmidt qualcuno (non tutti, e dirò dopo il perchè) di questi pazienti che vi ricorrevano per diarree ribelli a ogni cura, presentare la cessazione — non esagero — immediata d'ogni sintomo intestinale quando, stabilita la diagnosi esatta, si somministravano le prime gocce di acido cloridrico e s'iniziava una dietetica ch'aveva di mira unicamente la lesione dello stomaco. La causa della fenomenologia è da ricercarsi nella mancanza dell'acido cloridrico: per la sua assenza il connettivo non viene disciolto che incompletamente o affatto e quindi anche le fibre muscolari ch'esso racchiude passano più o meno inattaccate nell'intestino e sfuggono all'azione dei fermenti; pure i microrganismi introdotti col cibo non trovando più l'acido che gli uccide attraversano vivi il piloro e attecchiscono e prolificano accanto ai microrganismi facoltativi dell'intestino: perchè tutti e

due (quelli d'occasione e i facoltativi) trovano un terreno eccellente per il loro sviluppo nel cibo rimasto quasi greggio e mal digerito. Di qui putrefazione e decomposizione delle sostanze alimentari e stimoli abnormi alla parete intestinale che reagisce con una peristalsi aumentata, con la diarrea, costituita di masse fetenti in decomposizione, in cui talvolta, ad occhio nudo, possiamo già distinguere resti di cibo indigeriti. Se passiamo all'esame delle feci dopo che, secondo la tecnica dello Schmidt, ne abbiamo accuratamente rimescolata una parte piccola nel mortaio aggiungendovi un po' d'acqua distillata, e abbiamo versato il prodotto nel piatto a fondo nero, noi abbiamo: una reazione alcalina evidente, e di caratteristico, di esclusivo, un'abbondanza veramente notevole di connettivo che appare come filamenti biancastri, opachi, di lunghezza e spessore diverso. Nei preparati microscopici del metodo noi troviamo: in quello *naturale* parecchi frammenti di fibre muscolari di cui alcuni conservano ancora la striatura (dato questo sempre patologico), alcuni cristalli di acidi grassi, e una invasione addirittura colossale di microrganismi; in quello trattato con la soluzione di Lugol per la dimostrazione degli amidi, e nel terzo coll'aggiunta d'acido acetico per mettere i grassi in evidenza, nulla d'anormale che risalti. La diagnosi nei casi tipici si fa sul piatto in un istante: a prima vista per la ricchezza di filamenti di connettivo che non ha riscontro in nessun'altra malattia dell'intestino, e, mi si lasci passare la espressione simmetrica, a primo odorato per quel puzzo nauseante di putrefazione che esala dalle feci.

S'intende che non tutti i casi di achilia o di subacidità sono complicati dalle diarree: come media si dà una percentuale del 30 %; negli altri è l'intestino che supplisce e s'impone, o sono mancate quelle ragioni che noi chiamiamo occasionali e che dànno il tracollo decisivo quando una funzione si trova in equilibrio instabile. Ma è naturale che in tutti i casi di diarree che si protraggono, che recidivano facilmente, che sono ribelli alle cure comuni, il medico deve avere sempre questa forma dinanzi agli occhi: ovvio se dall'anamnesi possa già sospettarsi un'alterazione dello stomaco, ma giustificatissima ancora quando tutti i dati che ci offre il paziente sembrino negativi rispetto al funzionare del suo stomaco. Tutti sappiamo che i sintomi subiettivi dell'achilia gastrica siano talvolta indistinti, vaghi, di entità minimale; i malati parlano di *un non so che*, che avvertono dopo il pranzo, di pesantezza, di scomodità, di un qualche cosa insomma d'indefinibile che tutto è fuorchè dolore. E si comprende allora senza sforzo come di fronte ai fastidi seri dell'intestino tutte queste sensazioni sgradevoli possano passare in seconda linea sì da non richiamare allo stomaco l'attenzione del paziente e quindi quella del medico. Nei vecchi po è frequentissimo che l'achilia gastrica decorra senza sintomi inosservata: Seidelin e Lüfschietz esaminando per esperienza loro il contenuto gastrico di vecchi che avevano ricorso all'ospedale per altre malattie e che non soffrivano nè avevano sofferto mai a carico del loro stomaco, trovarono nel 40 % dei casi una mancanza assoluta della secrezione.

E veniamo adesso alla dispepsia fermentativa, *die intestinalis Gärungsdyspepsie*, che sarebbe causata, secondo lo Schmidt, da una debolezza congenita dei poteri di digestione della cellulosa. Sarebbe (diciamolo incidentalmente) la condizione opposta alla stitichezza cronica funzionale. Cioè, secondo l'autore, l'organismo delle persone normali ha una capacità x di digerire la cellulosa: se questa è congenitalmente aumentata allora anche l'assimilazione delle sostanze nutritive introdotte è così eccessiva, così estrema, che si hanno quelle feci scarse, secche, povere di microrganismi e dei prodotti della decomposizione che caratterizzano la stitichezza cronica funzionale: la quale finchè non venga complicata (peristalsi ottusa — dischezia — condizioni nevrasteniche generali — infiammazione della mucosa del sigma e del retto) è da considerarsi così, come una condizione eupeptica soltanto. Ma quando invece il potere verso la cellulusa è congenitalmente diminuito abbiamo la tendenza, il substrato favorevole da cui per una ragione qualsiasi potrà svilupparsi in seguito la dispepsia fermentativa. Una delle cause occasionali a cui lo Schmidt pensa con preferenza e contro cui insorge e mette in guardia è la moda che tende a diffondersi sempre più delle protratte diete vegetariane.

Quando la cellulosa non viene digerita come d'ordinario, anche gli amidi che essa racchiude sfuggono in parte all'azione dei succhi particolari e diventano il terreno più propizio per i microrganismi della fermentazione che quivi s'impiantano, proliferano e dànno luogo a processi abnormi con formazione di gas e di acidi grassi volatili. Questi irritano la parete intestinale, ec-

citano la peristalsi e conducono alla diarrea. Se noi esaminiamo le feci, dopo avere sottoposto il malato alla dieta dello Schmidt, già nel recipiente esse ci dànno a notare un'apparenza caratteristica, schiumosa, o diffusa o localizzata in alcuni punti; e lasciano esalare un puzzo irritante, acre, che ricorda assai quello dell'acido acetico o dell'acido butirrico. Puzzo ben differente da quello delle diarree gastrogene: lì era effetto della decomposizione degli albuminoidi, qui della fermentazione degli amilacei; lì erano i microbi della putrefazione che avevano trovato le sostanze favorevoli al loro sviluppo, qui sono i microrganismi fermentativi che hanno trovato il campo adatto per la loro attività. Preparate le feci nel modo prima ricordato e versate nel piatto a fondo nero per gli esami, non abbiamo macroscopicamente nè connettivo come nelle forme gastrogene nè muco come in tutte le forme infiammatorie, ma soltanto un'abbondanza più o meno notevole dei resti delle *purée* di patata che si presentano simili ai granuli cotti di sagù: la reazione, provata con le cartine di laccamuffa, è acida, talvolta intensamente acida. Altri reperti diagnostici caratteristici appaiono sempre al microscopio nel preparato trattato con la soluzione di Lugol; noi vediamo allora cellule numerose di patata che contengono granuli colorati in bleu o in rosso a seconda del grado di digestione dell'amido; e granuli di amido abbondanti si trovano pure liberi, sparsi per tutto il preparato. E, reperto tipicissimo per questa forma morbosa, un numero notevole di microrganismi diversi tra loro nella forma, nella grandezza, nella maniera di aggrupparsi, ma che hanno in comune tutti quanti d'avere assorbito la soluzione di Lugol e di presentarsi colorati in un bleu intenso: sono i *granulosehaltige Mikrobien* descritti per la prima volta dallo Schmidt.

Anche nelle diarree gastrogene noi avevamo già notato un'invasione colossale di microbi, ma erano microbi che con la nostra metodica non si coloravano, che non avevano mai nel modo di presentarsi, nell'aggruppamento, niente di elettivo e di particolare, di modo che noi ci troviamo nella impossibilità assoluta di poter differenziare l'uno dall'altro. Nella malattia che consideriamo adesso invece hanno l'affinità elettiva per il colore che li unisce e ne fa un gruppo distinto; di più presentano tutti qualche indicazione specifica per cui noi possiamo riconoscere a prima vista il cespite da cui originano: possiamo diagnosticare così i bacilli filiformi delle specie del *Lepthotrix* le grosse specie del *Clostridium butirricum* o quelle del *Granulobacillus saccharobutirricus* che si presentano talvolta riunite in accumuli, talvolta disposte in catena.

Alla reazione acida, al reperto microscopico descritto, aggiungiamo il terzo sintoma che va a completare la triade di questa forma interessantissima: portate le feci al termostato, in uno qualsiasi dei tanti tubi di fermentazione proposti, notiamo dopo 24 ore che s'è avuto uno sviluppo forte sempre, talvolta sorprendente di gas, e che la reazione, già acida, lo è diventata ancora di più.

Diagnosticata questa forma, due trattamenti terapeutici s'impongono: uno dietetico e l'altro medicamentoso; dietetico: diminuzione o meglio ancora abolizione per alcuni giorni degli idrati di carbonio; medicamentoso: somministrazione di preparati che contengono fermenti diastasici (Takadiastasi). Dopo un po' di tempo, quando le condizioni sono migliorate, noi possiamo tentare di ricondurre gl'idrati di carbonio nella dieta; ma gradatamente, per saggi, studiando sempre nelle feci se e quanto essi vengano tollerati dal paziente; a somiglianza di come nell'urina del diabetico noi studiamo l'adattabilità dell'organismo a un ritorno delle sostanze zuccherine.

È naturale — e assolvo tardivamente alla parentesi di qualche periodo addietro — che non tutti i casi sono così facili alla diagnosi, nè così sensibili alla cura; nè tutti i casi all'esame delle feci appaiono così bene individualizzati, nè piani e semplici come io li ho prospettati. Perchè ci possono essere talvolta associazioni di malattie; può un fatto dispeptico per il lungo permanere essersi trasformato in una condizione infiammatoria, e non essere sempre facile allora sceverare, criticare con sicurezza, e con sicurezza risalire alle origini.

Io ho voluto soltanto ricordare i quadri tipici delle due forme morbose non complicate: per i casi non tipici più gravi ed ostinati, che sono però tutt'altro che i più frequenti, nella Clinica dello Schmidt si sta tentando adesso una cura nuovissima: s'insufflano nello stomaco o s'introducono direttamente nell'intestino per mezzo della pompa duodenale di Einhorn quantità abbondanti e ripetute di ossigeno; e i primi risultati ottenuti dànno ragione a bene sperare.

Aprile 1913.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

La cura delle fratture recenti della rotula.

(LÉON BERARD. *Le Bulletin médical*, n. 40 del 1913).

La cura delle fratture recenti della rotula può essere cruenta ed incruenta. L'A. si occupa di ambedue i metodi, ma soltanto per quelle fratture, che non si accompagnano a lesioni delle parti molli, cioè le fratture esposte, quali sono quelle dipendenti da ferite da arma da fuoco o da choc, perchè queste rientrano nel capitolc delle ferite penetranti del ginocchio.

Nelle *fratture chiuse* occorre subito distinguere quelle *dirette* dalle *fratture indirette*. Le prime, quasi sempre comminutive, od a più frammenti, hanno prognosi favorevole perchè le lesioni sono più sull'osso sesamoide, che sul tendine del quadricipite, la cui integrità è necessaria al mantenimento della funzione del ginocchio. Le fratture indirette, per flessione, estensione, tensione, o strappamento, hanno tutte il carattere comune di essere trasversali, da compromettere più o meno l'apparecchio fibrolegamentoso laterale del ginocchio ed in particolare le alette rotulee, la cui integrità è indispensabile alla trasmissione corretta dei movimenti della coscia sulla gamba.

Quale la cura? Vi sono diversi metodi, nell'uso dei quali interviene molto l'apprezzamento dell'operatore.

Il primo metodo fu la *sutura metallica transossea,* proposto da Lister (1877)) e Lucas-Championnière (1883), che però può dare, anche se eseguito con la più scrupolosa asepsi, focolai di osteite rarefacente a contatto del filo metallico; o, a più o meno lunga scadenza, una flogosi articolare fino a suppurazione.

L'*accerchiamento della rotula* con un filo metallico proposto ed usato nel 1892 dal Berger, per un caso di frattura comminutiva, fu un metodo adoperato e lodato da molti chirurgi, in ispecie dal Lejars, che, in un articolo del 13 marzo corrente anno, sulla *Semaine Médicale,* l'ha, preconizzato per tutte le fratture della rotula. Questo autore completa sempre la riunione ossea, fatta per mezzo di un filo metallico (alluminio) passato a cerchio intorno all'osso, con una sutura al catgut del legamento prerotulieno, e delle alette. Per lui il mezzo di coattazione essenziale è il filo metallico a cerchio, la cui resistenza ed efficacia gli sembra al di sopra di ogni contestazione. A questo metodo si rimprovera una possibile infiammazione tardiva del ginocchio, con suppurazione e conseguente artrotomia. (Viannay, Leriche).

Altro metodo di sutura della rotula è l'*avvitamento diretto* o l'*avvitamento su piastre,* praticato sopratutto da Albins Lambotte e da Arbuthnot Lane, i quali ritengono che con questo metodo sia inutile la immobilizzazione dell'arto in estensione, per i giorni che seguono all'operazione.

Altri metodi, che non hanno oggidì più ragione di essere, sono: l'*applicazione delle griffe sui frammenti* (Malgaigne e Duplay); e la *sutura sottocutanea perirotulea* (Caput). A questi metodi si rimprovera la persistenza di una interposizione di tessuto fibroso fra i frammenti, e la rottura delle alette. Richiedono poi il preventivo vuotamento col trequarti del versamento articolare, ed ancora una o più piccole incisioni dei tegumenti per porre le griffe o passare i fili.

L'A. dell'articolo, il Bérard, non ha usato nessuno dei metodi sopra ricordati, ma quello della *sutura fibro-periostea delle alette, e del rivestimento della rotula,* in tre casi di frattura di detto osso, indiretta, con risultati eccellenti. Ricorda, ed illustra i casi clinici, e la tecnica seguita. Egli incise la pelle con taglio arcuato di 12-15 cm., a concavità superiore da un condilo femorale all'altro, col massimo della curva al punto di inserzione del legamento rotuleo sulla tibia, e colle estremità all'altezza della metà della rotula. Sollevato il lembo cutaneo, asciugò con garza la ferita, ed asportò i coaguli sanguigni attraverso la rottura del rivestimento prerotuleo fino al fondo dei cul di sacco articolari con tamponi montati su una pinza. Andò quindi alla ricerca dei bordi delle alette rotulee rotte, e con l'uso di pinze cercò di avvicinare i frammenti del periostio e del rivestimento prerotulieno, ottenendo con una semplice trazione su dette pinze, il contatto dei frammenti ossei. Con un catgut, numero tre, passato a sopraggitto ricostituì la continuità dell'aletta interna, con un altro l'aletta esterna, con un terzo riunì i frammenti fibrosi prerotulei, assicurando così definitivamente il contatto dei frammenti ossei su tutta la loro lunghezza.

Quindi con emostasi accurata delle parti molli sottocutanee, potè chiudere totalmente la ferita operatoria senza lasciar drenaggi, con un ultimo sopraggitto fatto con crine di Firenze. L'arto fu posto in una grande fasciatura ovattata ed immobilizzato.

La cura incruenta delle fratture della rotula può riassumersi in poche formole. Riconosciuta od appena supposta la frattura, si sparge della tintura di iodio sulla regione del ginocchio, se

vi sono anche piccolissime escoriazioni si fa una leggera fasciatura ovattata dalle dita del piede a metà coscia; quindi l'arto si mette in una doccia piatta del Bonnet. Al 3° o 4° giorno si scopre il ginocchio, si nota l'entità del versamento, e si invita il paziente ad alzare il calcagno dal piano del letto. Se questo movimento verrà compiuto, la prognosi è buona perchè i frammenti rotulei sono poco divaricati, e non vi ha rottura dei legamenti fibro-periostei laterali, e del tessuto fibroso di rivestimento dell'osso.

Si ricorrerà alla puntura del versamento, nel cul di sacco sottotricipitale, porzione supero-esterna, ove esso sia abbondante, l'infermo sia apirettico, e non vi siano pericoli di infezione. Quindi si ovatterà e si terrà immobile per altri due giorni l'arto. Dopo quattro giorni, se non vi fu puntura, o dopo sei-sette, se questa vi fu, si inizierà il massaggio e quindi la mobilizzazione. I movimenti passivi del ginoccho si tenteranno con prudenza al decimo giorno, accentuando a poco a poco il movimento di flessione.

Dal 20° al 30° giorno, secondo l'estensione delle lesioni, lo stato della muscolatura del soggetto, e secondo la buona volontà di quest'ultimo si inizieranno i movimenti attivi di flessione e di estensione, e si permetterà il cammino con le grucce. Verso i 60 giorni si può permettere la deambulazione col bastone per la casa. Dopo i tre mesi si può fare uscire l'infermo, previa applicazione di una ginocchiera di tessuto elastico.

Il metodo incruento non può nulla però per impedire l'interposizione di tessuto fibroso fra i frammenti della rotula, donde la formazione di pseudo-artrosi con callo fibroso più o meno lungo, e quindi difficoltà e dolori nel camminare in salita, o nel salire sur una scala; e quindi torsioni di questo callo, con sua possibile rottura secondaria.

Nella cura cruenta delle fratture della rotula, la mortalità è dell'1 o 2 %; nei tre quarti dei casi si ha la completa restituzione permanente anatomica e funzionale e la durata della cura è di due a tre mesi. Il metodo incruento dà il 50 % di risultati soddisfacenti, 30 % di risultati mediocri, 20 % di risultati cattivi. Ma l'operare sulla rotula, per quanto paia, quindi, senz'altro il metodo di scelta, è sempre un metodo delicato, che richiede aiuti e mezzi adatti; infermi senza tare ereditarie, o lesioni polmonari, renali, epatiche, o possibilità di infezioni.

Quanto poi al problema della *durata della incapacità* temporanea e del *grado di inabilità parziale permanente* nelle fratture non esposte della rotula, si può dire, che col metodo cruento l'incapacità temporanea dura da due a tre mesi, col metodo incruento fino al 6° mese ed anche più (25 % dei casi).

L'inabilità permanente parziale dipende sopratutto dalla integrità dell'apparecchio muscolare ligamentoso, dalla forza di contrazione del tricipite nell'estensione attiva della gamba, dall'ampiezza dei movimenti attivi e passivi del ginocchio (flessione ed estensione), dalla assenza o meno di movimenti anormali di lateralità dell'articolazione.

È raro che il metodo incruento lasci una incapacità permanente inferiore al 20-25 %, che può giungere fino al 50 %. Il metodo cruento dà, nella metà dei casi, invece, *restitutio ad integrum* in 3-4 mesi, e nel resto una incapacità dal 10 al 20 %.

G. QUARTA.

SEMEIOLOGIA.

Semeiologia del liquido cefalo-rachidiano.

(RATHERY. *Ann. de Méd. et Chir. infant.*, 1913. n. 6).

La semeiologia del liquido cefalo-rachidiano rappresenta l'introduzione razionale allo studio delle malattie del sistema nervoso. È in questo liquido che si bagnano il cervello, il midollo e le radici dei nervi periferici, e quindi in esso si riflettono tutte le lesioni di questi organi. L'esame di questo liquido costituisce una vera biopsia che ci informa dello stato anatomico del sistema cerebro-spinale.

Inoltre il liquido cefalo-rachidiano risente di alcune malattie generali discrasiche, d'origine epatica, renale, ecc.: così si spiegano certe manifestazioni nervose d'ordine generale o discrasico. L'esame di questo liquido può essere utile perciò alla diagnosi d'una malattia generale, di una intossicazione od auto-intossicazione. Di qui risulta l'intimità dei rapporti fra il sistema nervoso e i visceri più diversi.

Scoperto dal Valsalva, il liquido cefalo-rachidiano è stato poi descritto accuratamente dal Magendie.

Situato fra l'aracnoide e la pia madre, esso occupa gli spazî sotto-aracnoidei, nei quali esso non circola liberamente per la presenza di numerose trabecole. Sulla superficie del cervello, esso è sopratutto abbondante in corrispondenza dei quattro laghi o confluenti: anteriore e posteriore, superiore ed inferiore. Intorno al midollo, gli spazî sono molto più ampî e son divisi dai legamenti dentati in due logge: anteriore e posteriore. È noto che il cono terminale arriva alla II vertebra lombare, al di sotto della

quale gli spazî sotto-aracnoidei si fondono in un unico spazio che si continua fino alla II vertebra sacrale: una puntura fra la IV e la V lombare permette di raccogliere il liquido senza pericolo di ledere il midollo.

Il liquido cefalo-rachidiano inoltre riempie il canale ependimario, nella parte centrale del cervello e del midollo, dove esso si trova rigonfio in ventricoli: questo liquido comunica col liquido periferico mediante il foro Magendie e i tre fori laterali di Luschka.

L'origine del liquido cefalo-rachidiano è ancora molto discussa: per alcuni è prodotto da una vera secrezione dei plessi coroidei, per altri si tratta di un semplice processo di dialisi.

Il liquido cefalo-rachidiano, formato in corrispondenza dei plessi, si diffonde negli spazî sotto-aracnoidei e nel canale ependimario, e di qui esso guadagna il circolo generale, come dimostrano le iniezioni di sostanze inerti o facilmente diffusibili nello spazio sotto-aracnoideo, attraverso le guaine linfatiche dei nervi periferici (la guaina del nervo olfattivo è la via di propagazione alle meningi dell'infezione meningococcica), ed attraverso le guaine linfatiche perivascolari, per arrivare alla cisterna del Pecquet, al dotto toracico e quindi nella vena succlavia e nel circolo sanguigno.

Due fattori, il fattore meccanico od il flogistico o tutti e due insieme, possono intervenire nella patogenesi delle modificazioni del liquido cefalo-rachidiano nei diversi stati morbosi.

Talvolta un tumore, una briglia fibrosa, una placca di sclerosi circoscritta ostacola la circolazione del liquido e dà luogo a disturbi differenti. Se è soppressa la comunicazione fra il liquido ventricolare e il liquido degli spazî sotto-aracnoidei, si hanno disordini meccanici dovuti alla dilatazione dei ventricoli. Così nel midollo può trovarsi incistata una parte di spazî sotto-aracnoidei e formare una vera cavità chiusa nella quale il liquido, non rinnovandosi, viene a subìre speciali alterazioni (coagulazione massiva).

Talaltra un processo flogistico influisce per un doppio meccanismo sul liquido cefalo-rachidiano, cioè istologicamente per l'esodo di elementi anormali dalle meningi infiammate, e chimicamente per le alterazioni della secrezione dei plessi coroidei e per gli scambi normali che la flogosi stabilisce col sangue.

D'altra parte l'alterata composizione chimica del liquido cefalo-rachidiano altera la permeabilità delle meningi, le quali perciò permettono il passaggio di speciali sostanze, come il bleu, l'ioduro di potassio, ecc. Di qui i diversi metodi di ricerca della permeabilità delle meningi.

La permeabilità delle meningi all'ioduro di potassio è stata interpretata in favore della natura tubercolare della meningite.

Le modificazioni del liquido cefalo-rachidiano hanno un'importanza fondamentale per la diagnosi e la prognosi di certe affezioni. Con la puntura lombare alla Quincke si ottiene facilmente una certa quantità di liquido per farne l'esame.

Esame fisico. — Importa anzitutto la pressione con la quale fuoriesce il liquido. Per eliminare le cause d'errore nell'apprezzamento di questo fenomeno sono stati proposti dei manometri speciali, come quello di Claude.

Molto più importante è lo studio del colore del liquido cefalo-rachidiano. Normalmente limpido, incoloro, chiaro come l'acqua di roccia, esso può presentarsi più o meno intensamente rosso per emorragia meningeale, o di colorito giallo dovuto alla presenza di pigmenti biliari (come nell'ittero), ma dovuto per lo più ad emorragia seguìta da emolisi, ciò che si verifica nella emorragie meningeali e talvolta nelle meningiti.

Il liquido può diventare torbido, purulento. Il liquido francamente purulento, come quello d'un ascesso, è espressione della meningite cerebro-spinale; il liquido semplicemente torbido parla in favore di una meningite banale.

Il punto crioscopico del liquido cefalo-rachidiano normalmente è di 0.57 circa; esso diminuisce nelle meningiti e sopra tutto nelle forme tubercolari, aumenta nell'uremia, nel diabete, nell'asistolia e nelle emorragie sotto-aracnoidee.

Importante è la densità che normalmente è 1007.59 circa.

Esame chimico. — La composizione chimica normale, secondo i dati di Westrezat, è la seguente:

Estratto secco a 100°	gr.	10.90	per litro
Ceneri	»	8.80	id.
Materie organiche . .	»	2.20	id.
Cloruri	»	7.32	id.
Albumina	»	0.186	id.
Urea	»	0.06	id.
Azoto totale	»	0.197	id.
Zucchero	»	0.534	id.
Colesterina	»	0.007 a 0.014	

Queste sostanze possono variare nei diversi stati morbosi. L'estratto secco è fortemente aumentato nei diversi casi di emorragia meningea, uremia, e sopra tutto nella meningite cerebro-spinale, mentre è molto meno nella meningite tubercolare.

Così una quantità normale di estratto secco insieme con l'aspetto torbido del liquido staranno in favore della natura tubercolare. La

ricerca dell'albumina si fa scaldando 2 cmc. di liquido in presenza di 6 gocce di acido tricloroacetico. Normalmente si ha una leggera opalescenza, per la presenza di una piccola quantità di albumina, rappresentata soltanto secondo taluni da globulina. In alcuni stati morbosi il tasso dell'albumina è molto elevato, da 8 a 10 grammi, come si osserva nei casi di coagulazione massiva per compressione midollare, sopra tutto d'origine pottica.

In genere l'iperalbumosi è meno elevata, da 6 ad 8 gr., come si ha nelle meningiti acute, specie nelle meningiti non tubercolari, come pure nelle meningiti croniche (sifilide, tabe, ecc). La sua presenza può servire di elemento differenziale nella diagnosi di una affezione organica da quella di un disturbo funzionale.

Un'elevazione del tasso dell'albumina del liquido cefalo-rachidiano si può avere anche nel corso di un'infezione generale, come in certi casi di intossicazione (uremia, ittero, diabete).

L'aumento dell'albumina può essere dovuto alla serina od alla globulina: questa ricerca è molto importante, perchè la serina è aumentata nella meningite tubercolare e cerebro-spinale, la globulina nelle affezioni sifilitiche e parasifilitiche. La reazione di Noguchi per la globulina sarebbe caratteristica della sifilide; secondo altri una reazione positiva non è patognomonica della lue, mentre una reazione negativa esclude questa infezione. Si fa bollire dapprima cmc. 0.4 di liquido e cmc. 2 di soluzione al 10 % di acido butirrico; poi dopo l'aggiunta di cmc. 0.4 di soda normale, si fa di nuovo bollire e si lascia in riposo: si ha nella reazione positiva un precipitato ben serrato al fondo.

L'urea si ha nell'uremia, in quantità tanto più alta quanto più grave è il pronostico: il pronostico è fatale secondo Widal quando il tasso d'urea raggiunge i 3 grammi. La presenza di zucchero si dimostra col liquore di Fehling, ma è bene dealbuminizzare prima della reazione. Normalmente si trova circa il 0.50 % di zucchero. Aumenta nella iperglicemia, nelle intossicazioni e nelle infezioni, nelle congestioni delle meningi (tumori cerebrali, emorragie cerebrali e meningee, ecc.).

La quantità di zucchero è inferiore al normale nel periodo iniziale delle emorragie meningee e in tutte le forme di meningite: questo fatto può servire per la diagnosi differenziale fra meningite e meningismo.

Nel caso di acetonemia, sopra tutto nel coma diabetico, si può dimostrare la presenza di acetone, acido diacetico, acido ossi-beta-butirrico.

I cloruri normalmente si trovano nella proporzione di 7 grammi per litro. La diminuzione del tasso dei cloruri è sinonimo dell'infiammazione meningea, ed è più o meno accentuata a seconda che si tratta di meningite acuta o cronica. La diminuzione è più forte nella meningite tubercolare.

Il tasso di cloruri può aumentare, per ritenzione di cloruri dovuta ad impermeabilità del filtro renale. È evidente l'importanza dell'esame chimico del liquido cefalo-rachidiano: la diminuzione dei cloruri e dello zucchero e l'aumento dell'albumina parlano in favore di un processo meningeo. Il grado più leggiero di alterazione meningea (congestione), si rivela con un aumento della quantità di zucchero; un grado ulteriore è caratterizzato dalla diminuzione dei cloruri, poi dall'albuminosi, infine dalla migrazione leucocitaria.

Esame istologico. — Si centrifuga il liquido e si esamina al microscopio il sedimento. Si ammette che anche normalmente il liquido cefalo-rachidiano contiene elementi cellulari: circa 1 linfocito per millimetro cubo secondo Nageotte.

La presenza di emazie è propria dell'emorragia meningeale. La polinucleosi è caratteristica della meningite cerebro-spinale epidemica e della meningite acuta banale. Tuttavia talvolta essa è stata dimostrata all'inizio delle meningiti tubercolari e nelle meningiti tubercolari acute; come pure in alcuni casi di tumori cerebrali, di rammollimento ed eclampsia. La linfocitosi invece è compagna delle meningiti croniche tubercolari; essa può succedere alla polinucleosi nella meningite cerebro-spinale in convalescenza; essa è stata pure osservata negli orecchioni, nello zona, in alcune intossicazioni da piombo, ossido di carbonio, mercurio, alcool.

Ma soprattutto nella sifilide la linfocitosi è frequente e presenta un notevole interesse: essa si ha nell'eredo-sifilide e nella sifilide acquisita, nel periodo secondario e nel terziario, nella sifilide latente e nella ignorata.

Esame batteriologico. — Serve a dimostrare l'agente patogeno della malattia (bacillo di Koch, meningococco di Weichselbaum, pneumococco, stafilococco, streptococco, b. Eberth, b. di Löffler, colibacillo, ecc.). Nel liquido cefalo-rachidiano è stata anche dimostrata la presenza di spirochete, tripanosomi, di filamenti actinomicotici.

Esame biologico. — Con lo studio biologico del liquido cefalo-rachidiano si potrà ricercar la sua tossicità, le sue proprietà diastasiche e catalitiche, e sopra tutto studiare la presenza o meno di anticorpi.

P. S.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Una epidemia di febbre mediterranea nella frazione di Montepescali (prov. Grosseto)

pel dott. ORESTE GOLINI.

È un fatto ormai provato dalle recenti ricerche, che in Toscana ancora, la febbre mediterranea è assai più diffusa di quello che non si creda e vasti focolai di infezione, che per lo addietro si conoscevano sotto altre denominazioni, come la febbre livornina, la febbricola, o in genere tutte le febbri di origine nascosta o criptogenetiche, oggi si è potuto appurare trattarsi esclusivamente di febbre mediterranea.

Dal dott. prof. Neri Filippo e da altri, che molto si occuparono della infezione Bruciana, furono illustrati molti casi verificati in quel di Pisa e di Lucca e più specialmente a Stiava.

L'anno 1909 nel mese di giugno, inaspettatamente e contemporaneamente si ammalarono fra il 10 e il 14 vari individui dislocati nelle diverse parti dell'abitato, colpiti da una forma febbrile, prima a tipo continuo e poi a tipo intermittente, accompagnata, non sempre, da sintomi addominali. Sospettai una infezione intestinale di probabile natura colibacillare.

Tale fu la mia convinzione per qualche giorno, fino a che, espletate varie ricerche, non fui messo sulla buona via, dalla prova siero-diagnostica che con il prof. Memmi, direttore dell'Ospedale di Grosseto, facemmo, prova che insieme al quadro sintomatologico ci dette la certezza trattarsi di infezione per setticemia Bruciana.

Prima però di trattare dei casi che si verificarono nella frazione di Montepescali, credo opportuno dare sul paese alcuni dati topografici ed etnici. La frazione è a 222 m. sul livello del mare, luogo malarico, con 1500 abitanti di cui molti abitano in pianura.

Il paese è un aggregato di case decrepite e la popolazione su 9 decimi è povera. L'igiene sia dell'abitato che delle vie è molto trascurata. L'industria agricola, unica nel posto obbliga gli operai a scendere, per il lavoro, nel piano sottostante, ove spesso contraggono l'infezione malarica. Da poco si è provveduto di acqua buona la frazione, con una ben fatta conduttura, mentre fino ad un anno fa la popolazione si dissetava a dei serbatoi di acqua piovana raccolta dai tetti, serbatoi che non presentavano alcuna garanzia dalle infiltrazioni di ogni genere per la cattiva manutenzione.

Non parlerò dei pubblici lavatoi che per la scarsità dell'acqua si riducevano a delle sconce pozzanghere di acqua nera, putrida, fetente, ove tutta la popolazione lavava i propri indumenti.

Nel paese si fa assai uso del latte e per tale bisogno vi sono numerose capre e mucche che lo forniscono. Le capre, in numero di circa una ventina, pascolano nei pressi del paese e alla sera vengono ricoverate nel paese stesso. Manca qualsiasi vigilanza da parte dell'autorità municipale sia sulle bestie che forniscono il latte sia sui proprietari di esse.

Ho voluto dare tali dati principali sullo stato igienico della frazione, prima di entrare nella descrizione del come si è svolta l'infezione, per poterci, se sarà possibile, orientare per la ricerca delle probabili cause che la originarono. Il professore Memmi negli anni passati, in varie epoche, chiamato a consulto in diverse località della Maremma Grossetana, potè constatare molteplici casi di febbre maltese. Da questi focolai sparsi, rintracciati casualmente, si può arguire che il numero dei casi debba essese assai superiore al numero di quelli che caddero sotto l'osservazione.

La difficoltà di stabilire la diagnosi per mancanza dei mezzi di ricerca, unita alla non bene individualizzata sintomatologia, costituisce tutto ciò una difficoltà non lieve per rintracciare e stabilire con certezza i casi di setticemia del Bruce.

L'esplosione della epidemia nella frazione di Montepescali avvenne verso il 10 di giugno e nel breve periodo di pochi giorni si ebbero la maggior parte dei casi. Nel suo manifestarsi l'epidemia, assunse, sia per gravità che per varietà, tutte le più spiccate forme sotto cui può presentarsi e che la patologia ha descritto.

Per fortuna l'epidemia non si è ripetuta negli anni susseguenti, salvo qualche caso sporadico. L'infezione non predilesse un rione piuttosto che un altro, in paese non fece parzialità nel ceto fra i colpiti, nè ebbe preferenza di sesso. Inoltre non mi fu dato di stabilire alcun dato di fatto sui colpiti da fissarlo come causa predisponente nel contrarre l'infezione. Varie pure furono le età, dai 17 ai 57 anni.

Fra i colpiti vi furono individui di una provata robustezza e floridezza di salute di cui godevano prima di ammalarsi.

Quale via di propagazione escludo *a priori*, nel modo più assoluto il contagio, poichè ebbi in tutti i casi, reiterate prove su persone di famiglia che assisterono i loro ammalati, con cui dormirono nel medesimo letto durante i profusi sudori, mangiando gli alimenti avanzati ai pazienti con il medesimo cucchiaio, bevendo al medesimo bicchiere e trascurando insomma i più elementari dettami dell'igiene. Se ebbi due casi nella medesima famiglia, questi furono attaccati contemporaneamente. Quindi, per via di esclusione, dovremo pensare ai due soli mezzi di propagazione cioè o per via *idrica*, da molti esclusa o messa in dubbio, o per mezzo del *latte delle capre*. A proposito del primo mezzo di infezione sopra citato, mi mancano i dati per poter, nel caso mio, concludere, non avendo allora, l'autorità competente, creduto opportuno procedere all'esame bacteriologico delle acque. Riguardo al latte di capra è ben vero che nel paese se ne faceva e se ne fa largo uso, ma ebbi modo di assicurarmi che dalla maggior parte dei consumatori, prima di sorbirlo, si sottopone alla ebullizione.

Ma ciò che ha maggiormente valore è il fatto indiscusso, e da me scrupolosamente accertato, che cioè, vari ammalati fortemente colpiti dalla infezione bruciana, *mai in vita loro avevano bevuto latte di capra o di mucca.*

Durante l'epidemia raccomandai alle autorità competenti l'esame bacterologico del latte delle capre o almeno la lattoreazione, ovvero tutte le indagini atte a rintracciare possibilmente la causa probabile da cui originò l'infezione, ma ciò non fu possibile fare ed io son dolente, in questo mio modesto lavoro, lasciare tale lacuna.

Grazie alle sapienti investigazioni del proessore Memmi, direttore dell'ospedale di Grosseto, che mi fu saggia guida nella scoperta di questo focolaio di setticemia Bruciana, insieme ad esso potemmo accertare, in ogni singolo caso, la diagnosi esatta a mezzo di ripetute prove siero-diagnostiche.

QUADRO CLINICO DEI SINGOLI CASI.

I casi constatati durante l'epidemia, per il loro decorso clinico, possono dividersi in diverse classi: 1° Casi a lungo decorso con temperature elevate, con quadro clinico caratteristico dell'infezione Bruciana, di cui due casi interessantissimi terminati con formazione di molteplici e grandi ascessi dovuti sempre alla medesimae infzione. 2° Casi a decorso breve con quadro clinico regolare. 3° Forme ambulatorie fra cui casi caratterizzati da violente nevralgie.

CASO I-II. — L... G..., di anni 42 e sua moglie A..., di anni 33, commercianti benestanti. Furono colpiti contemporaneamente il 14 giugno con sintomi identici. Dopo qualche giorno di malessere, sorvenne la febbre con lunghi brividi, con accentuata cefalea, la lingua fortemente patinosa e arrossata ai bordi. All'esame nessuna manifestazione cutanea, nulla agli organi toracici ed addominali; feci poltacee. La temperatura si mantenne per qualche giorno continua con 38°.5 la mattina e con esacerbazioni annunziate da brividi, che salivano fino a 39°-39°.5. Nella notte la febbre diminuiva con sudori profusi. Verso il 12° giorno la temperatura divenne intermittente; avevamo una apiressia di quasi 12 ore cioè dalle 3 del mattino fino alle 3 di sera nelle quali ore in genere, con forti brividi di freddo, si iniziava la febbre. Alle 21 raggiungeva il massimo per declinare e scomparire nella prima metà della notte con profusissimi sudori, che avevano odore fortemente acre.

L'alito divenne fetido, specie al mattino in cui, al destarsi, i pazienti emettevano abbondanti quantità di catarro muco-purulento, giallo verdastro, senza colpi di tosse, proveniente dalla laringe e dalle prime vie bronchiali. L'evacuazione, che nei primi giorni era poltacea, ritornò naturale. Le orine erano scarse, di colore giallo carico e alla superficie ricoperte di uno strato oleoso.

All'esame chimico, minime traccie d'indacano e di albumina. Milza notevolmente ingrossata; fegato appena debordante. Le condizioni del cuore si mantennero sempre buone se si toglie un po'di debolezza nei toni a malattia inoltrata.

Il sensorio pure si mantenne integro anche nelle alte elevazioni di temperatura. Abbondante sudamina ricuoprì tutto il corpo che alla fine della infezione terminò con una generale desquamazione forforacea della cute.

Si ebbero di tanto in tanto vomiti violenti.

Fino dall'inizio dell'infezione si rilevarono segni di una deficente emolisi ed il paziente andò incontro ad un rapido denutrimento, quantunque le forze lo sostenessero abbastanza.

Espletate tutte le indagini che sui primi tempi, brancolando nel buio, credei opportuno fare, finalmente, riuscito negativo l'esame microscopico del sangue (supponendo trattarsi di malaria), negativa la sieroreazione per il tifo e del paratifo *B*, ottenemmo risultati, in ambedue i casi, chiaramente positivi con la sierodiagnosi eseguita verso tre stipiti di culture pure del micrococco melitense inviateci dal prof. Neri dal gabinetto di igiene di Pisa, ottenendo una rapida agglutinazione in una diluzione dell'1 %.

I sintomi suddescritti accompagnarono i due coniugi ancora per lungo tempo, per circa 2 mesi e mezzo, dopo di che ritornò l'appetito, la temperatura cadde per lisi; ritornarono le forze, e salvo qualche rialzo di temperatura, a periodi più o meno lunghi, causato da qualche strapazzo fisico o intemperanza dietetica, in ultimo tutto ritornò allo stato normale ed i pazienti fino ad oggi, godono ottima salute.

Ho descritto tali casi, perchè essi impersonificano il quadro del decorso regolare dell'infezione Bruciana.

CASO III. — (Febbre mediterranea con formazione di molteplici ascessi). B... I..., di 47 anni, coniugata, colpita da febbre il 13 giugno, febbre con brivido e che prese, dopo qualche giorno, il tipo intermittente. Il quadro clinico nel primo periodo si è svolto quasi nell'identica maniera di quello sopra descritto, salvo qualche disturbo intestinale, con emissioni diarroiche e mucosità, tinta qualche volta di strie sanguinolenti. Ma dopo qualche tempo ogni sintomo addominale scomparve. La paziente beveva latte di capra e, per sua confessione, qualche volta non bollito. La B... dopo circa tre mesi dall'inizio della malattia, durante i quali l'infezione si svolgeva con il quadro monotono che le è proprio, incominciò ad avvertire dolori alla regione lombo-sacrale, con irradiazioni agli arti inferiori, dolori che sul primo ritenni quali nevralgie che si manifestano nell'infezione Bruciana, infezione nella B... accertata con un reperto sierodiagnostico evidentissimo, più volte ripetuto.

La temperatura vespertina che cadeva nella notte, con sudori profusi, era accompagnata da tali dolori intensi, ribelli a qualsiasi mezzo usato per combatterli.

La paziente entrò nell'ospedale di Grosseto nel novembre, ove stette 22 giorni e ritornò a casa quasi nelle identiche condizioni. Le alte dosi di morfina ormai appena bastavano a mitigare i forti dolori che aumentavano nella loro intensità. Si suppose una infezione specifica tubercolare; fu tentata, senza risultato, la cura iodica.

Fu rifatta la sierodiagnosi per il micrococco melitense e riuscì pienamente positiva. I dolori si irradiavano anche alle regioni inguinali; e la regione lombo-sacrale in alcuni punti, presentavasi dolentissima alla pressione digitale, senza che alcuna alterazione apprezzabile fosse possibile rilevare. Andammo così avanti dal dicembre fino al marzo e il 5 di detto mese la paziente entrò nella Clinica medica di Pisa, ove soggiornò per 27 giorni e ritornò a casa propria senza che le sue condizioni fossero per nulla migliorate, salvo i dolori alquanto attenuati.

Nei primi di giugno notai un leggero ingrossamento nella parte supero-esterna della regione inguinale sinistra, di forma allungata, dura al tatto, non spostabile, irriducibile alla pressione. Nello scorcio di 10 giorni l'intumescenza crebbe. Praticai iniezioni alla Durante, senza risultato. Altra piccola intumescenza pianeggiante, dolente, comparve alla parte superiore della regione sacrale sinistra prossima alla linea mediana. Anche questa dura, non riducibile e fissa.

Quella della regione inguinale crebbe quanto un piccolo arancio, divenne fluttuante e alla percussione dava un suono ipofonetico. Così assodato trattarsi di un ascesso con produzione gassosa, inviai la paziente all'ospedale di Grosseto ove dal dal prof. Cignozzi fu aperto (26 luglio 1909) e ne uscì fuori, insieme ad una tenue quantità di gas, abbondantissimo pus giallo-citrino cremoso, fluido, della quantità di circa 1 litro.

Con la tenta, seguendo le vie attraverso a cui erasi fatto strada il pus, si andava ad incontrare una superficie ossea scabrosa che non poteva essere altro che una porzione della fossa iliaca interna.

La ferita in breve divenne rosseggiante, scarsa la emissione del pus. La temperatura cadde; i dolori cessarono. La paziente risentì un immediato benessere con il ritorno dell'appetito. Dopo un mese di degenza all'ospedale ritornò a casa in buone condizioni e la ferita presso che cicatrizzata.

Ma l'intumescenza alla regione sacrale notata per la prima, presso la linea mediana, cominciò ad assumere delle proporzioni più rilevanti e il 12 settembre anche questo ascesso venne aperto, con emissione di una grande quantità di pus dalle medesime caratteristiche del primo. Mentre pure questa cavità tendeva a richiudersi, dolori sempre più forti comparvero alla regione crurale e la temperatura bruscamente si elevò a 39°.5-40°. Per vari giorni nulla potei notare alla ispezione e alla palpazione sulla regione dolorante. Ma dopo circa 8 giorni cominciai ad avvertire un ingrossamento delle ghiandole crurali nel triangolo di Scarpa a destra.

Il sacco ghiandulare era duro, non spostabile, urente, pulsante, doloroso al tatto. In breve aumentò di volume e per compressione sui vasi femorali si ebbe edema e cianosi dell'arto destro. Iniziatasi la fluttuazione i dolori si mitigarono e l'arto riprese il suo naturale aspetto. L'ascesso prese grosse proporzioni e dopo quasi un mese e mezzo dall'inizio, fu aperto con emissione di pus giallo-citrino della quantità di oltre un litro. Dopo di che la ferita guarì rapidamente con la immediata scomparsa della temperatura e di tutti i sintomi dolorosi.

Eravamo già al 15 gennaio 1911 e l'ammalata rapidissimamente riacquistava il primitivo stato di floridezza. Fu ancora ritentata la sieroreazione per il micrococco melitense e risultò di nuovo positiva.

La paziente godè un benessere assoluto fino agli ultimi di febbraio epoca in cui cominciò a manifestarsi una forma di artrite alle articolazioni delle dita delle mani, prima destra poi sinistra, ed in breve tutte le articolazioni furono attaccate con dolore e gonfiore delle regioni articolari. Fu costretta la paziente alla immobilità assoluta per circa un mese, poi con massaggio e diaforetici tutto scomparve e finalmente l'ammalata tornò a star bene. Adesso, che son passati già molti mesi dalle ultime indisposizioni, nulla di nuovo più si è verificato, e la paziente è aumentata di circa 12 kgr. con ottimo appetito e sensazione di assoluto benessere.

Su questo caso mi è piaciuto trattenermi di più, poichè la produzione di grossi ascessi multipli in conseguenza dell'infezione del micrococco melitense, è cosa che nella storia della setticemia bruciana non è molto frequente e scarse notizie mi è stato dato di raccogliere intorno a tale fatto raro.

Alla distanza di un anno dalla cessazione apparente di ogni malessere, sottoposta la B... ad un nuovo esame del sangue, si ebbe ancora una nuova conferma dell'esistenza in circolo dell'infezione maltese, avendo ottenuto evidente agglutinazione del siero con una diluzione di oltre 1 % verso 3 stipiti di micrococco melitense.

CASO IV. — Merita di esser ricordato e che ha stretta analogia con il sopra citato, è quello di certa C... V..., abitante in campagna, donna che è stata ed è tipo perfetto di malarica. Contrasse l'infezione maltese nel marzo 1911. Credendo essa si trattasse ancora di malaria, per lungo tempo tirò innanzi con la febbricola ve-

spertina, che usciva con sudori profusi. Le dosi di chinino a nulla servivano ed il pallore ed il crescente deperimento la decisero a consultare un medico. Trovai, all'esame reiterato dell'ammalata, sintomi bastanti per avere il dubbio trattarsi di infezione da micrococco melitenise, dubbio poi chiarito dalla sierodiagnosi eseguita nel Gabinetto del prof. Memmi in Grosseto. Comparve un dolore prima alla regione glutea e trocanterica destra, e che si irradiava alla gamba. E poi nella medesima regione alla parte sinistra. Furono curati per ischialgia, derivanti dalla infezione in corso. Ma essi seguitarono con la febbricola vespertina e i sudori notturni. Dopo un riacutizzamento dei dolori, nell'ottobre, comparve nel triangolo di Scarpa della coscia destra un piccolo gonfiore, dolente, fisso e degli strati profondi. Contemporaneamente l'ingrossamento dei gangli colpiti, fu assai lento, ma continuo ed assunse proporzioni rilevanti; ed il 18 luglio 1912 l'ammalata entrò nell'ospedale di Grosseto. Fu ripetuta la siероreazione e si ottenne l'agglitinazione in una diluzione dell'1:300 verso 2 stipiti di micrococco melitense Furono aperti i due enormi ascessi, che avevano raggiunto il volume di una piccola testa di feto; torrenti di pus giallo citrino ne uscirono fuori. Dopo l'apertura degli ascessi, la temperatura si ridusse a piccole elevazioni vespertine, che si prolungarono ancora per molto tempo, finchè tutto scomparve.

Adesso lo stato della malata è abbastanza buono, atteso il suo stato di cachessia malarica. Lamenta ancora qualche raro elevamento di temperatura dopo qualche fatica, e dei dolori alle regioni sacro-ischiatiche.

CASO V. — E... Z..., di 52 anni, atta a casa, di esile costituzione, con endometrite cronica. Fu colpita da febbre maltese il 10 giugno 1909, diagnosi accertata dal resultato positivo datoci dalla sierodiagnosi. Il decorso si svolse con tutti i sintomi comuni e descritti negli altri ammalati. Qui si ebbero frequenti disturbi diarroici. Alla denutrizione abituale che presentava l'ammalata prima di cadere inferma, si aggiunse un rapido deperimento per l'infezione bruciana, tanto che il 20 giugno si notarono i primi fenomeni di adinamia cardiaca, adinamia dovuta alla miocardite acuta. La temperatura da varia ed intermittente, divenne alta e continua (39°-40°). Le forze vennero sempre meno. Comparvero i vomiti, edemi alle gambe ed il muscolo cardiaco cominciò a non rispondere nemmanco ai più potenti cardiocinetici. La lingua divenne nera, arida, screpolata. Secche le mucose. Frequenti furono i deliqui finchè il 14 luglio l'ammalata morì in conseguenza della miocardite, dovuta all'infezione Bruciana.

CASO VI. — C... Q..., di anni 35, operaio campagnolo, di gracile costituzione. Fu colto dalla infezione maltese il giorno 7 luglio.

Il quadro clinico genuino della febbra mediterranea che fu da me osservato per qualche giorno, non mi lasciò dubbioso sulla diagnosi. Presi il sangue e ne facemmo prima l'esame microscopico, temendo della malaria, ma in ciò il reperto fu negativo. Eseguita la sierodiagnosi si ebbe l'agglutinazione evidentissima in una diluzione dell'1 su 200 verso tre stipiti di cultura pura di micrococco melitense. Il quadro tipico della infezione Bruciana si prolungò ancora per varii giorni con temperature intermittenti e sudori profusissimi. La profonda prostrazione in cui cadde fin da principio l'infermo mi impressionò. Guardai le orine e trovai rilevanti traccie di albumina. La milza più voluminosa che negli altri casi. Lievi colpi di tosse molestavano spesso l'ammalato. Accentuati edemi ai malleoli. All'ascoltazione del torace trovai rantoli a piccole e medie bolle alla base per fatti ipostatici ed accenni ad un'iniziale edema polmonare. Il cuore fiacco e i toni alquanto confusi. Al 22° giorno di malattia la dispnea si accentuava alla più lieve fatica. Le orine divennero scarse e grumose. I fatti di insufficenza cardiaca si accentuarono man mano. Ne vennero ad aggravare lo stato, frequenti epistassi, anoressia e vomito ad ogni ingestione di cibo e bevande.

Anche in questo caso il miocardio subiva lentamente l'azione deleteria della intensa infezione setticemica Bruciana. La temperatura ebbe scarse elevazioni con sudori freddi. In questo grave stato l'ammalato volle andare all'ospedale di Grosseto contro il mio parere. Bastò questo affaticamento perchè il C... fosse colto, al suo arrivo all'ospedale, da intensa dispnea e deliquio. Dopo nemmeno due giorni, con fenomeni di insufficienza cardiaca, il paziente morì per miocardite acuta. Il C... mai aveva bevuto latte.

CASO VII. — M... P..., commerciante di anni 50 sofferente da 3 anni di nevrastenia con insonnio per cui il suo stato, da floridissimo quale era, divenne precario. Il 2 aprile 1910 fu colto da febbre, con brividi di freddo. Si ritenne un attacco di influenza. La temperatura, da continua quale era, divenne intermittente e seguitò, nonostante fossero esperiti varii trattamenti che il caso dettava. I profusi sudori all'uscita della febbre, le forti cefalee, il pallore, l'esclusione di una infezione malarica, consigliò ad un attento esame del sangue. Negativa riuscì la prova del Vidal, invece fu positiva la prova della siero reazione del micrococco melitense, eseguita dal professore Neri nel gabinetto d'igiene di Pisa in una diluzione dell'1:100. La malattia seguiva il suo corso, quando al 35° giorno comparvero i primi edemi agli arti inferiori con sensazioni di difficoltà nel respiro durante la notte. Il polso divenne piccolo e frequente (108-112) con 37°.3 di temperatura. Frequenti colpi di tosse ed all'ascoltazione del torace notavansi rantoli basilari. L'albumina comparve assai rilevante nelle orine scarse. Anche nell'addome notai la presenza di liquido ascitico. Verificaronsi frequenti ed abbondanti emorragie anali che accentuarono lo stato di anemia e di prostrazione. Il più piccolo movimento provocava all'infermo intensa dispnea.

Insieme al prof. Memmi fu riscontrata anche qui una miocardite acuta la quale, indifferente ad ogni eccitante ed ai cardiocinetici, chiuse al 52° giorno di malattia il quadro clinico; del caso VII, come del V e del VI furono i tre ammalati che soccomberono per miocardite acuta in seguito alla virulenza della setticemia Bruciana.

Quest'altro caso che sto per descrivere ora, rappresenta uno di quei casi detti a forma mista, che esordiscono cioè con il quadro clinico della febbrea mediterranea (convalidata la diagnosi da una sieroreazione del melitense evidentissima) per cedere poi il posto ad una violenta infezione ebertiana.

Tale fu il decorso clinico seguito da me sull'operaio A... C..., di 24 anni, colpito dalla febbre maltese il 19 giugno 1909. L'andazzo delle temperature e tutti gli altri sintomi coincidevano perfettamente con gli altri casi già narrati. Nel gabinetto del prof. Memmi osservammo il sangue del paziente e si ottenne una rapida e completa agglutinazione, con una diluzione dell'1 su 300 contro due stipiti di culture pure di M. melitense freschissime.

L'uscita della temperatura, che non saliva mai al di sopra dei 38° 3, era segnalata da profusissimi sudori. L'aspetto mantenevasi buono, e lo spirito dell'ammalato elevatissimo, nonostante il dimagramento e l'aspetto anemico. Al 15° giorno il paziente peggiorò; cadde in profonda prostrazione; la temperatura, con intensi brividi di freddo salì a 39°-39°.7 mantenendosi tale. La lingua si ricoprì di una patina bianco-sporca, le gengive fuligginose. Labbra secche screpolate con erpes labiale. Nell'addome comparvero delle roseole e si ebbe gorgoglio nella fossa ileo ciecale.

Si avevano frequenti scariche diarroiche. La milza si ingrossò e divenne dolorosissima. Dinanzi a qusto quadro, proprio dell'infezione tifica, fu eseguita la prova del Vidal che sortì positiva. Al 28° giorno la temperatura discese a 38°-38°.3 per risalire dopo tre giorni di nuovo a 40°, e per ridiscendere gradatamente per lisi finchè al 37° giorno di malattia si ebbe per la prima volta l'apiressia.

L'ammalato entrò in convalescenza che fu lunghissima. Durante questa, fu ritentata la siereoreazione con il micrococco melitense. Ma il risultato fu negativo. Qui certamente, dai fatti citati, si è avuta una sovrapposizione dell'infezione ebertiana alla infezione Bruciana. Certo non potrei assicurare se al principio della malattia fosse già in atto il bacillo di Ebert insieme al M. melitense poichè, dato il quadro clinico esplicito dell'infezione Bruciana, mi limitai a fare le ricerche solo intorno a tale malattia ed accertarne la diagnosi.

Ma ad ogni modo rimane il fatto quale è da me descritto.

FORME DI INFEZIONE DA MICROCOCCO MILITENSE ATTENUATE, AMBULATORIE.

Ebbi altri casi di febbre maltese, la diagnosi dei quali fu accertata con la sieroreazione in cui il siero presentò varie attività di agglutinazione, ottenendola da un titolo di diluzione di 1 : 100 fino a 1 : 500.

In questi casi il decorso clinico, pur rivestendo i medesimi caratteri dei precedenti casi genuini suddescritti, ebbe però forme molto attenuate, della durata dai 15 ai 20 giorni e fino a un paio di mesi. Gli ammalati pur tuttavia potevano accudire ai propri affari.

Questi furono certi B... A..., di anni 17; P... M..., di anni 35; M... P..., di anni 57; B... V..., di anni 50; B... Z..., marito della B... I..., di anni 52. In questi si ebbero lievi temperature vespertine che andavano dai 37°.5 a 38°.5, con sudori profusissimi, anoressia, anemia rapida e spiccatissima fino dai primi giorni, prostrazione e dimagramento. In alcuni si ebbero rilevabili fatti addominali.

Terminata l'infezione, rapido fu pure il ripristino al primitivo stato.

Vi fu certo G... B..., di anni 22, in cui l'infezione, insieme al quadro comune degli altri sintomi, presentava gravissima forma nevralgica del trigemino e in special modo del plesso lombo-faciale con predilezione al N. sciatico di ambedue i lati.

I dolori furono atroci e si ebbe arrossamento e gonfiore ai ginocchi, delle articolazioni dei piedi e del collo dei piedi. Tale stato durò 25 giorni, poi cadde la febbricola, che quotidianamente affliggeva il paziente e tutto finì, ritornando l'ammalato al primitivo stato di salute.

***

Così termino questo mio modesto lavoro in cui ho creduto bene raccogliere ed illustrare, come meglio ho potuto, i casi, cercando di corroborarli con dati scientifici e con delle ricerche, sempre nella cerchia delle possibilità che mi era consentita dal disgraziato ambiente ove l'infezione si è svolta. Sento inoltre il dovere di porgere i miei più sentiti ringraziamenti al prof. Memmi e al prof. Neri Filippo, che mi furono larghi di aiuto e di consiglio.

Montepescali (Grosseto).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Il primo Congresso dei medici scolastici.

Si è tenuto a Milano nella sede dell'Ufficio municipale d'igiene. All'inaugurazione intervennero i senatori Lustig e Foà, il prof. comm. Sclavo per il Governo, il dott. cav. Pampana per la Provincia, l'assessore prof. Ferrari per l'Amministrazione comunale di Milano, il cav. Giordano per l'assessore all'istruzione primaria, il medico capo municipale prof. Bordoni-Uffreduzzi, il dottore Filippetti in rappresentanza dell'Ordine dei medici, il comm. Lanzi dell'Associazione « Per la Scuola », i dottori Ragazzi ed Albertini organizzatori del Congresso, i proff. Boselli di Bologna, Gualdi di Roma, Graziani di Padova, Canalis di Genova, i rappresentanti della Mutualità scolastica, il Comitato per la Scuola rinnovata ed i delegati dei comuni di Mantova, Ferrara, Padova, Como, Firenze, ecc.

Parlarono il dott. Ragazzi, il prof. Ferrari e il dott. Pampana.

Diamo un breve cenno dei lavori.

Dott. Mario Ragazzi. Riferisce sul tema: *Sviluppo e organizzazione dei servizi generali di vigilanza igienico-sanitaria sulle scuole.* L'O. ritiene che si debba al più presto provvedere ad un completo servizio di vigilanza igienico-sanitaria su tutti gli istituti di educazione, integrato dai necessari mezzi di profilassi e di cura; che lo Stato renda obbligatoria tale vigilanza, contribuendo alle spese per quanto riguarda le scuole governative; che il Ministero della P. I. istituisca un ufficio tecnico centrale d'ispezione e di coordinazione, e che i Comuni muniti di un ufficio d'igiene fondino una speciale sezione di igiene scolastica.

Prof. **Di Vestea.** Patrocina l'istituzione, presso le scuole di magistero in genere, di uno speciale ed adatto *insegnamento fisiologico-igienico.* Tale proposta viene confortata da un'altra relazione del dott. **Boselli** di Genova.

Prof. **Alberto Graziani**, direttore dell'ufficio medico scolastico di Padova, si occupa dell'*opera dei medici scolastici fuori dalla scuola.*

Dott^a^. **Linita Beretta**. Parla sulla *propaganda dell'igiene* e sulla *morale dell'igiene,* illustrando elevati concetti che le procurano vivi applausi.

Dott^a^. **Modena-Camporini.** Patrocina la formazione di uno speciale *corpo di medichesse scolastiche,* le quali come donne avrebbero più attitudine ad avvicinare i fanciulli e sarebbero da questi più facilmente accolte.

Dott. **Arsuffi** sostiene l'utilità dell'*insegnamento dell'igiene nelle scuole* da parte dei medici condotti.

Parlano ancora i proff. Sormani, sen. Lustig, Canalis, Sclavo, il dott. Frassi. Alla fine vengono approvati due ordini del giorno di Di Vestea e Ragazzi, conclusivi delle loro relazioni.

A. M.

Società di scienze mediche in Conegliano Veneto.

Seduta del 4 luglio.

Coletti A. *Prostatectomia transvescicale.* — Illustra un caso operato col metodo Freyer di ipertrofia prostatica, discutendo nei particolari i vari metodi operativi di Bottini, di Ruspi, di Wilms. Tra questi metodi dà la preferenza a quello transvescicale, se pur residua talora una fistola vescicale.

Coletti A. *Gastroenterostomia per gastroectasia da contrattura del piloro.* — Trattavasi di una ragazza isterica, senza lesioni gastriche, e con gastrectasia per contrattura spastica pilorica. Venne operata di gastroenterostomia retrocolica posteriore.

Zanier. *Una nuova concezione dell'isterismo.* — Ritiene che la patogenesi dell'isterismo sorga fondata sopra una base sensoriale; e che la genesi degli accidenti più comuni dell'isteria sia facilmente spiegabile, quando si ricordi che l'autosuggestione morbosa, a cui sono dovuti, è in rapporto colla mentalità del soggetto, e colla formazione delle idee, mediante il pervertimento del meccanismo sensoriale della coscienza.

DOTT. V. BARNABÒ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La definizione della neurastenia.

Quando il Beard studiò la neurastenia egli credette di descrivere un'affezione ben definita. Anche lo Charcot condivise la sua opinione. Da allora però si è venuto facendo un lavoro di eliminazione come si è fatto per l'isteria, ciononostante la parola « nevrastenia », come dice il Dejerine, ha fatto fortuna: è divenuta una malattia di moda, come lo è l'artritismo.

Su 300 malati osservati da Dejerine e Gauckler in questi ultimi anni (*Presse méd.*, 1913, n. 17), non se n'è trovato uno solo la cui sintomatologia poteva confondersi con quella della descrizione classica: tuttavia questi malati erano stati qualificati per nevrastenici.

Studiando i caratteri generali che dànno a tutti questi individui un aspetto di famiglia patologica se ne trovano tre: stanchezza, esauribilità, depressione.

Questi non sono caratteri abbastanza comprensivi per permettere l'identificazione d'una malattia. Un tubercoloso è stanco, esauribile e spesso depresso e pur tuttavia non è un nevrastenico, Tutta la nosologia della nevrastenia illumina in modo speciale se invece di considerare globalmente i nevrastenici si prendono a considerare le singole manifestazioni che li colpiscono e si studiano nella loro etiologia, nella loro patogenesi e nel loro sviluppo. Su 300 malati qualificati come nevrastenici il Dejerine ha ricercato il modo d'insorgenza della malattia, queste ricerche non sono sempre facili giacchè i disturbi iniziali spesso hanno un posto infimo nelle sintomatologia attuale e spesso sono dimenticati dal malato.

Questa analisi molto importante permette di riconoscere che all'inizio i 300 malati osservati erano o mentali (34 %) od organici (40 %) colpiti in diverse funzioni o degli emotivi (25 %).

Tra i malati che all'inizio presentavano disturbi mentali ben definiti molto spesso (9 casi), si trattava di un accesso tipico di melanconia isolato nella vita del malato. In dieci casi si trattava di accessi di depressione che facevano parte integrante d'una psicosi periodica affermata, 24 erano dei tipici ipocondriaci e 56 dei psicastenici puri.

Tra tutti questi soggetti che più tardi hanno presentato o no numerose manifestazioni funzionali di carattere suggestivo, non ve n'era uno solo che presentasse tale fenomeno all'inizio della malattia.

Tra i malati che presentavano all'inizio disturbi organici 26 avevano malattie organiche più o meno mal definite: disturbi tiroidei, malaria, enteriti gravi, malattie infettive e soprattutto manifestazioni tubercolari più o meno attenuate, intossicazioni svariate, turbe vascolari per arteriosclerosi.

Un gruppo importante (20 casi) è costituito da individui colpiti da *debilità semplice*. Dejerine intende con questo termine malati senza alcuna base organica particolare, ma con un peso insufficiente rispetto all'altezza.

Tali individui stanno bene se la loro attività fisica è ridotta, ma se per una ragione o per l'altra essa deve aumentare essi entrano nel campo patologico.

Questi ammalati sono esauribili perchè hanno a disposizione solo un coefficiente molto basso di forze.

I malati che all'inizio presentavano disturbi dovuti all'azione di una causa emotiva si possono dividere in due categorie: in 53 casi si trattava di una causa emotiva importante di cui si era reso conto il soggetto stesso: in altri 23 casi invece la causa emotiva non appariva nullamente: questi malati sono chiamati dal Dejerine: *inadatti morali*.

Si tratta d'individui in cui manca un adattamento completo tra il genere di vita che menano e le loro tendenze costituzionali: così gli affettivi che vivono nella solitudine.

Per Dejerine su tutti gli stati suddescritti si può basare lo stato nevrastenico che non sarebbe altro *che l'insieme dei disturbi generali o particolari che risultano dallo stato emotivo.* I meccanismi così diversi che presiedono all'entrata del malato nello stato nevrastenico debbono essere considerati come semplici cause emotive come impedimenti alla nostra funzione di adattamento per qualche inferiorità congenita o acquisita. Il psicastenico, la cui vita attraversata da crisi di dubbio o di scrupolo, il semplice *surmenagé* che la stanchezza rende inadatto all'esercizio della vita quotidiana, l'organico che trova nella sua malattia una causa d'insufficienza parziale o totale, divengono nevrastenici collo stesso meccanismo. Quindi per Dejerine il concetto di fenomeni nevrastenici si deve limitare *all'insieme dei disturbi che si sviluppano su di un terreno determinato risultante direttamente o indirettamente, primitivamente o secondariamente dall'azione preesistente degli stati emotivi.*

P. A.

La reazione miastenica nei casi di nevrosi traumatica.

Se n'è occupato il prof. A. Salmon all'Accademia medico-fisica fiorentina (maggio 1913).

Il R. in vari casi di isteria traumatica ha notato la coincidenza tra la reazione miastenica e la presenza di spiccati disturbi vasomotori; questa coincidenza si ebbe pure nei casi di nevrosi traumatica citati da Flora, Murri Raymond, Grocco, Pieraccini, Alessi, Moglie, Lumbroso.

La reazione miastenica viene constatata con particolare frequenza nelle affezioni dove sono comuni i fatti vasomotori a tipo angiospastico, ad esempio nell'isterismo, nella nevrastenia, nel morbo di Basedow (Grocco, Flora, Salmon), nella tabe dorsale (Flora), nella demenza precoce (Pariani). Il R. cita un caso personale nel quale la reazione miastenica si associava esclusivamente a dei disturbi vasomotori che costituivano il solo fatto morboso presentato dal paziente. Per queste considerazioni il R. ritiene che la coincidenza tra i due fatti non sia casuale e possa contribuire a rischiarare notevolmente il meccanismo di questa reazione. Egli infatti, in base agli intimi rapporti tra la resistenza elettrica e le modificazioni dello stato vasomotorio (Vigouroux, Remack, Jolly) ed al fatto che gli stimoli faradici intensivi o a ritmo frequente, quali appunto si adoprano per l'esame della reazione miastenica, hanno un'azione elettiva sui nervi vaso-costrittori, a differenza di quelli galvanici, i quali avrebbero invece un'azione vaso-dilatatrice (Gruntzberg, Ostroumoff), avanza l'ipotesi che in molti casi la reazione miastenica possa essere in rapporto con una modificazione vasomotoria provocata dallo stimolo faradico. Il R. ammette cioè che il tetano faradico ,applicato in modo continuo sulla cute, determini una costrizione dei vasi cutanei e muscolari nei tratti eccitati dall'elettrode, e che questo spasmo vasale, anemizzando fortemente i tratti cutanei e muscolari, da un lato ostacoli la trasmissione della corrente traverso i mezzi liquidi dei tessuti, dall'altro provochi la rapida esauribilità dei nervi cutanei e muscolari nella ricettività e conduttività della corrente: di qui un notevole aumento della resistenza elettrica e la perdita della contrazione muscolare. Il muscolo perderebbe in tal modo la sua eccitabilità senza essere affatto esaurito, ma solo per un ostacolo nella trasmissione della corrente, dovuto ad un fatto vasomotorio. Con questa ipotesi verrebbero chiarite molte particolarità della reazione miastenica che apparivano prima del tutto inesplicabili, ad esempio:

1° il fatto che essa si osservi solo cogli stimoli faradici intensi e a ritmo frequente, dotati appunto di notevoli proprietà vasocostrittrici;

2° che sia sufficiente la più breve sospensione della corrente per osservarsi il ritorno della contrazione, comprendendosi come allo spasmo vasale segua una vasodilatazione reattiva e quindi una diminuzione della resistenza elettrica;

3° che il muscolo in apparenza esaurito dallo stimolo faradico reagisca perfettamente agli stimoli volitivi ed a quelli galvanici, la cui azione restauratrice può appunto spiegarsi colle loro proprietà vaso-dilatatrici;

4° che diminuendo il ritmo della corrente e quindi anche la resistenza elettrica, riapparisca l'eccitabilità muscolare (Tullio);

5° la variabilità, il transfert osservato dal Flora, costituendo questi dei fatti comunissimi ad osservarsi nei fenomeni vasomotori.

Questa tesi si concilierebbe perfettamente colle esperienze di Marinesco il quale dimostrò lo stretto rapporto tra la reazione miastenica e le modificazioni del circolo sanguigno, e con quelle di Carreras e Funaro i quali constatarono una relativa inesauribilità dei muscoli al tetano faradico negli animali ai quali venivano tagliati i nervi periferici corrispondenti o il midollo spinale, essendo noto come dopo queste operazioni si abbia una vaso-dilatazione degli arti ed una diminuzione della resistenza elettrica.

Dato l'intimo rapporto tra la reazione miastenica e le modificazioni vasomotorie determinate dallo stimolo faradico, è logico il ritenere che nei pazienti dotati d'una abnorme reattività vasomotrice, lo spasmo vasale cutaneo e muscolare dovuto al faradismo sia molto più intenso dell'ordinario e quindi più rapidamente si ottenga l'ineccitabilità muscolare al tetano faradico.

Non ci dobbiamo quindi sorprendere che questa reazione possa talvolta osservarsi nei soggetti sani, come lo constatarono il Flora ed il Murri (in 15 robusti soldati), non essendo raro il caso che essi rivelino una spiccata instabilità dei centri vasomotori, una disposizione speciale ai fatti vaso-costrittivi, nella stessa guisa che essi talvolta presentano un notevole dermografismo o altri fatti vasomotori, indipendentemente da qualsiasi affezione.

Si comprenderà pertanto come la reazione miastenica si osservi con particolare frequenza nei soggetti molto emotivi, essendo l'emotività generalmente associata ad una notevole instabilità vasomotrice; noi verremo in tal modo a spiegarci la sua frequenza nei casi di nevrosi traumatica, in soggetti cioè fortemente emotivi sia per il trauma sofferto sia per le preoccupazioni d'ordine fisico ed economico, particolarmente poi nei casi d'isteria traumatica, essendo nell'isteria frequentissimi i disturbi vasomotori a tipo angiospastico (Déjérine, L. Levi, Patella, Féré, ecc.).

La reazione miastenica, quando sia strettamente legata ad una speciale reattività vasomotrice dei pazienti, merita il nome di *reazione pseudo-miastenica* e deve essere distinta dalla *reazione miastenica propriamente detta*, dove la condizione patologica consiste essenzialmente nelle condizioni distròfiche o discrasiche del muscolo. Quest'ultima si osserva generalmente nei casi di grave astenia e presenta della particolarità che strettamente si collegano alla stanchezza muscolare, quali l'esauribilità muscolare agli stimoli volitivi, a quelli galvanici.

Vi sono infine dei casi in cui l'astenia si associa alla depressa attività dei centri vasomotori; è noto ad esempio, come nella malattia di Erb spesso si osservino insieme alla stanchezza muscolare dei distinti disturbi vasomotori: la linea bianca di Sergent (Raymond), il dermografismo, una abnorme reattività vasomotrice al freddo (Albertoni); si comprende come in questi casi la reazione miastenica si osservi con una particolare frequenza e presenti la particolarità della reazione miastenica propriamente detta unita a quelle della reazione psudo-miastenica, che sono in rapporto colle modificazioni vasomotorie della cute e del muscolo, determinate dal tetano faradico.

Il R. ritiene in base a queste considerazioni che nei casi di nevrosi traumatica la reazione miastenica sia solo in rapporto coi disturbi vasomotori presentati dai pazienti e costituisca quindi un ottimo reattivo per saggiare il loro stato vasomotorio.

A. S.

TERAPIA.

Grave collasso dovuto ad iniezione di preparati mercuriali.

While osserva (*The Medical Review*, giugno 1913) che mentre si pubblica ogni caso di collasso o di morte in seguito ad iniezioni di salvarsan, in genere si ritiene che le iniezioni mercuriali di nessun altro inconveniente siano capaci, tranne un po' di scialorrea. Nel caso seguente, dopo parecchie iniezioni di *embarina*, si ebbero sintomi allarmanti, molto somiglianti a quelli causati dal salvarsan. Si ammette che l'embarina sia meno tossica di ogni altro preparato mercuriale, e non sia meno attiva come sostanza battericida.

Una donna maritata a 36 anni, con sifiliderma secondario papuloso, non aveva fatto nessuna cura. Le prime quattro iniezioni di embarina furono completamente innocue. Tre ore dopo la quinta iniezione la paziente accusò una intensa cefalea, prevalentemente occipitale, e dolori articolari. Lieve stato febbrile. Brividi di freddo durati circa due ore; verso sera la cefalea divenne più intensa. La paziente era sub-cosciente, congesta in viso.

Alle 11 pom. la temperatura era tornata normale, ogni altro sintomo morboso scomparso, e la paziente accusava soltanto stanchezza generale. Il giorno seguente era in condizioni perfettamente normali. Albuminuria e glicosuria assenti.

Dopo cinque giorni fu fatta la sesta iniezione, che fu seguita subito da sintomi simili, alquanto più accentuati. Furono attribuiti questi fenomeni ad esacerbazioni di una flogosi tonsillare sofferta al principio della cura.

Evidentemente erano dovuti all'azione tossica del medicinale, perchè si ripetettero ancora dopo la settima iniezione. In più, questa volta ci fu vomito e disfagia.

Tuttavia, dopo tre giorni, fu fatta l'ottava iniezione di embarina. La reazione fu più grave, con dispnea, disfagia, sete intensa e vomito. Secchezza e solletico alla gola, rigidità dei muscoli, spossatezza generale. Senso di freddo intenso con cianosi delle estremità e congestione della faccia. Polso a 140. Furono somministrate sostanze eccitanti. La cefalea si mantenne intensa, e dopo poche ore si ebbero sudori profusi, ai quali seguì la perdita di coscienza con respiro irregolare e stertoroso. Dopo 7 ore la paziente era subcosciente: soffriva allucinazioni visive ed uditive. Questi sintomi poco a poco cedettero, e la mattina seguente residuava semplice senso di stanchezza, Le urine si mantennero sempre normali.

Non essendovi stati segni di stomatite, nefrite, nè disturbi intestinali, è chiaro che quei fenomeni erano dovuti in proprio ad un avvelenamento mercuriale. Essi somigliavano a quelli descritti a carico del salvarsan.

Ambedue le sostanze, tollerate sulle prime, possono nelle iniezioni successive produrre sintomi così allarmanti.

I sintomi dell'avvelenamento da embarina sono più transitorî. L'A. ritiene che sia identica la interpretazione di questi fenomeni nell'un caso e nell'altro: le iniezioni ripetute di ambedue le sostanze possono produrre uno *shock* anafilattico. Naturalmente questi fenomeni costituicono una forte controindicazione alla continuazione della cura.

P. S.

Caso di morte dovuto al salvarsan.

Subito dopo la comparsa del sifiloma iniziale, prima d'ogni manifestazione secondaria, ad un giovane robusto di 19 anni, fu fatta un'iniezione endovenosa di 0.6 gr. di salvarsan, che fu ben sopportata. Due settimane dopo, fu ripetuta la stessa dose; e si ebbero egualmente sintomi di lieve reazione. Fu trattenuto nell'ospedale du-

rante la notte, e la mattina seguente fu licenziato. Prima di arrivare a casa, ebbe un capogiro e fu costretto a sedere sul marciapiede per 15 minuti. Circa 48 dopo, il paziente cominciò ad avvertire malessere, dolore all'epigastrio, e iperacusia fastidiosa per la quale ogni rumore gli rimbombava come un un colpo di tamburo. Aveva il viso congesto e sudava. Presentava i riflessi rotulei esagerati. Otto ore più tardi, cominciò a perdere la coscienza. Brividi di freddo; pupille uguali e reagenti. Alvo aperto. Fu praticata una iniezione di morfina ed atropina.

Le condizioni generali però non sembravano molto allarmanti.

La mattina seguente era in uno stato di stupore. Non rispondeva alle domande; ma reagiva agli stimoli. Il polso si manteneva buono. Babinski presente; riflessi patellari esagerati. Verso sera cominciarono a manifestarsi degli attacchi convulsivi che si ripeterono tutta la notte, ad intervalli disuguali; nelle prime 24 ore ebbe 18 attacchi. Vomitò 4 o 5 volte.

Alcune convulsioni erano generalizzate; altre limitate alla metà sinistra del corpo. La mattina successiva la puntura lombare ha dato liquido cefalo-rachidiano limpido, sotto pressione: al microscopio, risultò eccessivamente corpuscolato, con assenza di microbi.

A poco a poco, entrò in coma e 96 ore dopo l'iniezione, cioè 48 ore dopo la comparsa dei primi sintomi, è morto.

Non fu permessa l'autopsia.

G. Fleming (*Australian Med. Gazette*, giugno 14, 1913), ha raccolto nove casi di morte in seguito all'iniezione del salvarsan, decorsi con sintomi uguali, in alcuni dei quali l'autopsia aveva dimostrato un'encefalite emorragica. Questo caso dell'A., a differenza degli altri, presentava esagerazione dei riflessi, mentre quelli ne erano assenti. Il paziente era stato infettato da una stessa donna nella stessa notte insieme con altri tre disgraziati, uno dei quali fu pure curato col salvarsan.

Nessun altro ebbe sintomi di tale natura. Ciò dimostra che questi non furono dovuti a speciale virulenza del virus.

Neppure possono attribuirsi a speciale suscettibilità del paziente per il virus, perchè questi casi sono stati osservati soltanto dopo l'introduzione del salvarsan. Il paziente era giovane e vigoroso. Si deve concludere che l'esito mortale fu dovuto al salvarsan, che ha determinato l'encefalite.

Disgraziatamente non si può dimostrare a tempo l'esistenza di questa grave idiosincrasia. È strano che i sintomi si manifestino dopo 48 ore.

P. S.

Casi di morte da neosalvarsan.

Non è stata felice l'esperienza fatta dal Verge nel « Royal Prince Alfred Hospital » con le iniezioni di neosalvarsan (*Australian Medic. Gaz.*, giugno 14, 1913).

In più centinaia di casi le iniezioni di salvarsan erano riuscite innocue. Non fu così quando fu introdotto in sostituzione il neo-salvarsan. Si sono verificati 3 casi di dermatite esfoliativa acuta, da avvelenamento arsenicale. Il 1° caso di morte si ebbe in un giovane di 20 anni, nel quale non esisteva davvero nessuna controindicazione per questa cura.

P. S.

La reazione di Wassermann nei rapporti con la cura antisifilitica.

Non si può ancora riassumere in una formula concreta il valore della reazione di Wassermann dal punto di vista della prognosi e della cura. Bertin e Breton (*L'Echo méd. du Nord*, 24 agosto 1913) così riassumono il loro pensiero: Ogni cura intensiva della sifilide determina in generale una modificazione della reazione di Wassermann; se la cura è precoce, energica, seguita per lungo tempo la reazione può divenire negativa; ma tale resultato da solo non depone assolutamente per la guarigione della sifilide.

Nel decorso della malattia essa però può fornire utili indicazioni: se la malattia è curata al primo comparire dell'ulcera, la W. R. può scomparire definitivamente con i segni clinici.

In tali casi il termine *sterilizzazione* sembra giustificato.

Nel periodo secondario non si può fare assegnamento su una sola reazione negativa. È meglio seguire sistematicamente la cura regolare, qualunque sia il resultato della prova di laboratorio. Se ripetutamente questa resulta negativa, si può allora interrompere la cura a patto di ripetere ogni anno la re zione.

Nel periodo terziario la reazione di Wassermann è più fedele indicatrice, e se essa diviene negativa, dà diritto a sospendere la cura, purchè fenomenologia clinica da una parte e ripetute reazioni d'intermittenze più o meno lunghe di tempo diano la garanzia continua della supposta guarigione.

t. p.

Pubblicheremo prossimamente:

MANTOVANI, L'acqua distillata nelle iniezioni endovenose di salvarsan;

ERCOLANI, Alcune considerazioni sullo strapazzo fisico.

MEDICINA SOCIALE

Commissariato d'emigrazione.
Per la tutela dei fanciulli che emigrano.

Com'è noto, l'art. 8 del Regolamento 10 luglio 1901 n. 23 sull'emigrazione comprende gli Ingegneri delle miniere e gli Ispettori delle industrie fra i funzionari competenti a redigere nel Regno i processi verbali ed a raccogliere le prove per accertamenti delle infrazioni agli art. 2 e 3 della succitata legge.

Questi articoli stabiliscono:

Art. 2. — Coloro che arruolino, conducano o mandino all'estero minori degli anni 15 a scopo di lavoro senza che siano stati sottoposti alla visita medica e forniti del libretto del Sindaco di cui all'art. 3 del regolamento sul lavoro dei fanciulli 17 settembre 1886 saranno puniti con la pena pecuniaria comminata dall'art. 4 della legge 11 febbraio 1889, n. 3657.

Art. 3. — Chi arruoli o riceva in consegna nel Regno uno o più minori degli anni 15 per impiegarli all'estero, sia in professioni girovaghe sia in industrie che verranno indicate dal regolamento come dannose alla salute e come pericolose, sarà punito con la reclusione fino a sei mesi e con la multa da cento a cinquecento lire.

Con la stessa pena sarà punito chiunque conduca o mandi all'estero minori degli anni 15, con lo scopo di impiegarli come è detto nella prima parte del presente articolo. In tal caso il tutore decadrà dalla tutela e il genitore potrà essere privato della patria potestà.

Le medesime prescrizioni sono applicabili a chi induce una donna minorenne a emigrare per trarla alla prostituzione.

Come chiaramente emerge dalla lettura di queste disposizioni, lo scopo prefissosi dal legislatore nell'emanarle, è stato quello di tutelare l'interesse dei deboli minorenni e garantire la fibra fisica delle nuove generazioni.

Ora, il Commissariato dell'emigrazione, al quale principalmente è affidata l'applicazione di queste disposizioni, si è sempre vivamente preoccupato perchè esse non fossero violate dalla ingordigia di genitori inumani e dalle male arti di disonesti interessati, ed esso ha largamente diffuso opportune pubblicazioni. Ma nonostante gli sforzi di quell'Ufficio e la attiva cooperazione dei funzionari di altre amministrazioni dello Stato, la incetta dei minorenni nel Regno continua tuttavia su vasta scala, principalmente per la connivenza dei parenti dei giovani operai, i quali, per ignoranza, non hanno chiara coscienza del danno che arrecano ai loro figli ed alla nazione tutta permettendo il precoce sfruttamento della loro prole.

Ed è perciò che il Commissariato ha rivolto un nuovo appello agli ingegneri delle miniere e agli ispettori delle industrie, perchè vogliano dare al Commissariato stesso la propria cooperazione, per la repressione della emigrazione clandestina dei minorenni, sia raccogliendo eventualmente tutte le prove necessarie a deferire i colpevoli alle autorità giudiziarie, sia comunicando, con la massima sollecitudine possibile, al Commissariato dell'emigrazione qualsiasi notizia che direttamente o indirettamente possa facilitare la sua opera per la integrale applicazione delle disposizioni di legge surriportate. (*L'Igiene Sociale*).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(183) *Anestetici in odontoiatria.* — Prego indicarmi nella «Posta degli abbonati» l'anestetico più efficace e conveniente per l'estrazione dei denti.

Ringraziamenti e saluti distinti.

Dott. Alfredo Sguanci.

Fra i tanti anestetici adoperati per l'anestesia locale per iniezioni nell'estrazione di denti o di radici di denti, quello che a preferenza si consiglia è la novocaina sciolta in soluzione fisiologica in proporzione del 2 %, a cui si aggiunge qualche goccia di soluizione millesimale di adrenalina. Il potere vasocostrittore dell'adrenalina, oltre a diminuire l'emorragia post-operatoria, ritarda l'assorbimento dell'anestetico, diminuendone così l'azione tossica generale ed aumentandone il potere anestetico locale.

Volendo preparare da sè la soluzione si può usare la seguente formula:

Pr. Novocaina . . . . . gr. 2
Sciogli a bagnomaria nella seguente soluzione:
Cloruro di sodio. . . . cgr. 90
Acqua distillata . . . . gr. 100
Aggiungi:
Adrenalina (soluzione 1 ‰) gocce 50

Si prepara asetticamente la soluzione e si chiude in fialette di vetro sterilizzate della capacità di un centimetro cubo, lavoro che si può fare facilmente da sè o si può ordinare al proprio farmacista.

L'iniezione di un centimetro cubo di questa soluzione è generalmente sufficiente per ogni estrazione.

A. C.

(184). *Alcoolismo acuto e infezione pneumococcica.* — La prego vivamente d'indicarmi nella rubrica degli abbonati, che riesce così utile ai medici pratici, qualche monografia sull'alcoo-

lismo acuto, considerato dal lato clinico specialmente, con una raccolta di casi di morte, avveratisi come effetto immediato dell'alcoolismo o mediato di qualche complicazione. Si tratta di assodare con ipotesi più o meno probabili, essendo mancata la sezione cadaverica, la causa o le cause determinanti della morte capitata ad un individuo, il quale, pur essendo alcoolista ed in età di 63 anni, dopo aver ingerito in breve tempo circa due litri e mezzo di vino, cade in uno stato comatoso, e col sopraggiungere della febbre fino a 39 ½ e dei fenomeni bronco-pulmonali (presenza di rantoli diffusi a medie e a grosse bolle), muore dopo due giorni dall'accaduto. Benchè in apparenza sano e di costituzione robusta, aveva sofferto tre o quattro volte la pulmonite.

Desidero perciò consultare tutto ciò che si è pubblicato sull'argomento. Con distinta stima e ringraziamenti mi dichiaro

suo vecchio abbonato 2008.

È certo che l'infezione pneumonica decorre gravissima quando si associa ad alcoolismo acuto o cronico. Lo si dimostra anche sperimentalmente.

Può consultare:

Lancereaux, *Intossicazione per bevande alcooliche*, nel vol. XI del Nuovo Trattato di Medicina e Terapia diretto da Gilbert e Thoinot, trad. italiana, 1908.

Triboulet, Mathieu, Mignat. *Traité de l'alcoolisme*, 1905.

R. B.

(185) La prego, avendo io fatto la proposta al Consiglio provinciale di Messina dell' istituzione di un sanatorio antitubercolare provinciale, significarmi a mezzo del *Policlinico* se e dove in Italia esistano simili sanatori.

In attesa di suo gentile riscontro, la ringrazio anticipatamente

Dev.mo
Dott. Lo Cicero Giuseppe.

S. Fratello.

Non sono ancora stati istituiti sanatori provinciali per la cura dei tubercolotici; i sanatori popolari esistenti, gratuiti e semigratuiti, li dobbiamo alle amministrazioni comunali od alla beneficenza privata.

La sua iniziativa ci sembra altamente encomiabile.

A. V.

Preghiamo i colleghi di non formulare più di una domanda per volta.

In linea di massima non diamo corso a quesiti di casistica nè a richieste d'indicazioni bibliografiche.

La Red.

VARIA

Sull'insegnamento della medicina. — Se n'è occupato in una lezione inaugurale il prof. W. Osler, che è quanto dire il più reputato clinico medico dell'Inghilterra.

Egli ha rilevato come i metodi seguiti in Inghilterra siano oltremodo deficienti e tendano a immagazzinare una congerie immane di nozioni inutili nel cervello del futuro medico, più che ad organizzarne e sistemarne poche e concrete e suscettibili di applicazioni definite. « È una crudeltà barbarica, egli ha detto, rimpinzare la mente di minuzie che hanno soltanto un valore cinese ». Specialmente ha disapprovato ciò che egli chiama « il feticcio dell'anatomia ».

Ha insistito sui vantaggi che si ottengono nell'insegnamento dalle piccole Università di provincia, o meglio dalle piccole classi, in cui il docente può interessarsi più direttamente agli allievi, può chiarire dubbi, eliminare difficoltà, colmare lacune, rendersi veramente prezioso.

Ha deplorato che si persista nel sistema delle « lezioni ». Queste possono mettere in bella mostra le qualità oratorie dei professori, ma giovano pochissimo agli allievi, e ormai sono divenute quasi superflue, in quanto che disponiamo di tanti libri di testo. Egli le vorrebbe ridotte al minimo, per sostituirvi esercitazioni pratiche e discussioni.

Si è fermato molto a lungo sulla questione degli esami.

L'eminente clinico ritiene che si esageri l'importanza dell'esame, quale «organo del meccanismo didattico», quale mezzo atto a misurare le conoscenze dei candidati e l'attitudine a servirsene.

Tant'è vero che gli studenti i quali riportano i migliori voti divengono per solito scadenti professionisti.

Ritiene che siano dannosi i criteri disparati e contraddittori seguiti dagli esaminatori, gli uni troppo severi, gli altri troppo indulgenti. È convinto che molte « bocciature » siano non soltanto ingiuste e umilianti, ma anche dannose, poichè portano ad accrescere inutilmente il numero degli anni di studio, i quali per la carriera medica in Inghilterra dovrebbero essere 5, mentre praticamente divengono in media 7: due anni del periodo migliore della vita vanno così perduti. Molte domande imbarazzanti fatte agli esami sarebbero addirittura « insensate »: quando questioni del genere si presentassero nella vita reale, si avrebbe il tempo e il modo di consultare i libri; e ne fanno fede soltanto della incapacità mentale degli esaminatori.

Tornerebbe opportuna la domanda posta già dallo Spencer: Chi esamina gli esaminatori?

È appena necessario di aggiungere che queste considerazioni sull'insegnamento della medicina valgono per l'Italia non meno che per l'Inghilterra.

E potrebbero ripetarsi, all'incirca, per tutti gli altri insegnamenti. Sovratutto nelle scuole secondarie sappiamo tutti che i professori dimostrano un senso didattico deficientissimo e dei criteri fallaci. Le scuole elementari invece hanno già compiuto dei progressi notevoli, sia nell'arte di insegnare, sia nella scelta delle nozioni da impartire e nei risultati che se ne conseguono.

y.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. FISCHER. **Weitere Beiträge zur Behandlung der Nephritis und verwandter Erscheinungen.** Dresden und Leipzig, Theodor Steinkopff, 1913.

Un aumento dell'introduzione di cloruro sodico nell'organismo dei nefritici a scopo terapeutico sostenuto ora dal Fischer è tanto più strano quanto è in aperto contrasto coi reperti sperimentali recenti di Widal e della sua scuola. Però le idee teoriche del Fischer nel meccanismo d'azione degli edemi, le sue osservazioni sui malati ed i suoi risultati sono così dimostrativi che stimolano gli studiosi a ripetere su larga scala gli esperimenti. La piccola monografia è chiara e svolge la tecnica e la formula della terapia salina delle nefriti e ne stabilisce le indicazioni.

P. A.

E. KANTOROWICZ. **Störungen der männlichen Geschlechtsfunktionen.** Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1913. Geb. M. 3.

Il lavoro dell'A. serve a richiamare l'attenzione dei medici su di un campo che ha finora dal punto di vista scientifico trovato poco svolgimento, quello dei disturbi sessuali dell'uomo.

Dopo una chiara esposizione dell'anatomia e fisiologia degli organi genitali maschili sono svolti in modo speciale i pervertimenti sessuali e la questione dell'impotenza: il merito principale della monografia è di avere dedicato alla terapia un'attenzione molto maggiore di quella finora dedicata e che ha fatto sì che la massima parte dei nevrastenici sessuali prestano spesso più fede ai ciarlatani che non ai consigli del medico.

P. A.

A. RICCIARDI. **La responsabilità giuridica della levatrice nelle infezioni puerperali.** 1 op. in-8 di pag. 93. Noci, 1913. In vendita presso l'autore a Ginosa. L. 3.

È un'onta per noi l'alta mortalità che siamo ancora costretti a registrare per infezioni puerperali.

Diamo dunque un benvenuto a questa monografia, che tende a precisarne ed eliminarne le cause ed a fissarne le responsabilità.

L'eccellente lavoro del Ricciardi s'indirizza ai profani non meno che alle levatrici ed ai medici.

R. B.

JEANNIN. **Phlébites utero-pelviennes au cours de la puerpéralité.**

MAYET. **Intervention médicale d'urgence dans les empoisonnements.** Poinat, éd. Fr. 0.50, ciascuno.

Sono rispettivamente il 51° e il 48° volumetto delle «*Consultations méd. françaises*» pubblicate a cura della Casa Poinat, di cui il criterio direttivo è lo svolgimento degli argomenti che più interessano il medico pratico in maniera piana e breve. Anche in questi due volumetti della parte schematica della patologia segue la scelta dei mezzi curativi moderni, esposti con ordine e con lodevole criterio di selezione.

t. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BENASSI G. Sulla diagnosi d'elmintiasi intestinale. — Napoli, 1913.

CANDIA E. Alterazioni e fenomeni renali in seguito ad iniezioni di siero di sangue eterogeneo a dosi tossiche e a dosi terapeutiche. — Napoli, 1913.

ROSSI GIACOMO. Quinto contributo allo studio della macerazione della canapa. — Portici, 1912.

DELITALA F. Contributo allo studio della tubercolosi *juxta articolare* dell'anca. — Bologna, 1913.

RONCHETTI V. Contributo allo studio dell'azione del benzolo nella leucemia. — Milano, 1913.

SEGADELLI G. Di alcune modificazioni alla legge sugli infortuni sul lavoro. — Firenze, 1912.

ORTALI O. Contributo allo studio della cura chirurgica della perforazione intestinale da tifo. — Milano, 1913.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il caso del medico di Roccagorgà.

La classe medica italiana conosce il caso del medico di Roccagorga, in provincia di Roma, il cui nome fu ripetuto tante volte dalla stampa politica a proposito dei sanguinosi conflitti che si ebbero a deplorare in gennaio in quel comune, e del processo penale che ne seguì a Frosinone. Oggi che il dibattito giudiziario si è chiuso, l'Ordine dei medici di Roma diffonde nella stampa una sua relazione sul contegno del dottor Garzia in Roccagorga, documento sereno, spassionato, equanime che torna ad onore dell'istituto degli Ordini e che è destinato ad impressionare l'opinione pubblica. Noi lo pubblichiamo tanto più volentieri in quanto effettivamente anche nella stampa professionale e di classe questo disgraziato collega aveva trovato finora parole di freddo e guardingo compatimento, e non di difesa. (C.)

I dolorosi tumulti svoltisi a Roccagorga nel decorso gennaio e che tanta eco di rimpianti e di commiserazione ebbero in tutta Italia, siccome si dissero occasionati, per quanto indirettamente, dal contegno di quel medico condotto dottor Almerindo Garzia, inscritto all'Ordine della nostra provincia, formarono, sin dal primo istante, oggetto di considerazione da parte del Consiglio amministrativo.

Numerose inchieste furono eseguite al riguardo da autorità e da privati; e anche l'Ordine avrebbe voluto intervenire: ma, poichè di tutti quei fatti si era impadronità l'autorità giudiziaria, ha ritenuto, allora, di soprassedere.

Svoltosi però al Tribunale di Frosinone il processo a carico degli imputati, il Consiglio amministrativo dell'Ordine, che ha viste pubblicate sui giornali accuse specifiche contro il dott. Garzia, il quale mai da alcuno ebbe contestati i fatti gravissimi dei quali era chiamato moralmente responsabile, e che, nelle deposizioni dei testi e nelle arringhe degli avvocati ha sentito vilipeso in ogni maniera, senza che una voce amica invocasse almeno una attenuante per chi, assente, non poteva difendersi, ritenne doveroso, dopo che la giustizia punitiva si era pronunciata, vedere se e quanto il Garzia stesso fosse moralmente responsabile, e, accertate le responsabilità, provvedere disciplinarmente a carico suo, come è consentito dalla legge 10 luglio 1910, n. 455.

Ma il Garzia stesso, ad onore del vero, aveva chiesto il giudizio dei colleghi dell'Ordine al quale appartiene, per aver modo di presentare le sue discolpe e perchè gli riuscisse, una buona volta, dopo tanto turbine addensatosi sul suo capo e dopo essere andato ramingo in vari luoghi per trovare lavoro, egli che pure ha a suo carico una numerosa famiglia e la vecchia madre, di dimostrare che in lui non lievita il fermento di quella delinquenza che, avanti ai giudici di Frosinone, si volle prospettare: e questo ottenuto, gli sia possibile di trovare un luogo ove collocarsi e dove gli riesca di rimanere senza essere riguardato con occhio sospettoso e sprezzante.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma volle incaricare del delicato ufficio, il suo presidente dott. Enrico Ballerini, il consigliere dottor Ignazio De Nicola e il dott. Agostino Nanni, medico condotto di Velletri.

Noi ci recammo a Roccagorga il 5 corrente per appurare quanto vi fosse di vero nelle affermazioni di alcuni testi uditi al processo di Frosinone.

Il compito non era dei più facili, ma venne da noi accettato, sapendosi come sia imprescindibile sempre l'adempimento del dovere, sebbene poco gradito per la tema di essere costretti a segnalarvi colpe in chi è ascritto alla nostra famiglia.

Le conclusioni cui giungeremo, è prezzo dell'opera dirlo subito, son tali da dissipare i dubbi che erano sorti in noi a carico del dott. Garzia, il quale non è indegno di esercitare la nostra nobile e santa missione.

Ad Almerindo Garzia, vennero fatte, specialmente, le imputazioni di essere trascurato nell'esercizio della professione, di essere venale e di essere donnajolo. Ed intorno a queste imputazioni si svolsero particolarmente le nostre ricerche. Avremmo prima desiderato di udire la deposizione dell'on. deputato Campanozzi che fu a Roccagorga subito dopo il tumulto e che fece una inchiesta per conto del suo partito e che in Tribunale, alla pubblica udienza (giornale *Il Messaggero*, 26 agosto 1913, n. 236) affermò che, se si fosse in tempo licenziato il medico i fatti non sarebbero avvenuti.

Ma l'on. Campanozzi, da noi pregato a concederci un colloquio, non credette di aderire al nostro desiderio, lasciandoci senza risposta. Anche il sig. cav. O. Bruzzi, commissario di P. S. dell'Esquilino, inviato a Roccagorga subito dopo la sommossa del gennaio, non abbiamo potuto udire perchè ci fece conoscere come a lui non sia stato concesso dai superiori di riferirci l'esito delle sue ricerche, per quanto già rese pubbliche in Tribunale (udienza del 18 agosto 1913).

Ad ogni modo, recatici sopra luogo, abbiamo, nei giorni 5 e 6 corrente, ricevuto le deposizioni di ottanta persone (redigendo altrettanti processi verbali) invitando alcuni dei testi che già ave-

vano deposto in udienza al Tribunale, coloro che ci vennero segnalati dall'attuale regio commissario sig. Capuzzi, e quanti spontaneamente vollero comparire innanzi a noi. Abbiamo anche voluto sentire il collega dott. Garzia per contestargli le accuse che a lui venivano fatte ed udirne le discolpe. E a questo proposito ci sia lecito di deplorarè vivamente come tutti quelli che a Roccagorga vollero di loro iniziativa o dovettero, per incarico ricevuto, investigare sulla condotta del medico locale non abbiano sentito il dovere ed il bisogno di interrogarlo per completare le loro ricerche e per dargli modo di far valere il sacrosanto diritto della difesa che non si nega neppure ai peggiori malfattori. Siffatti sistemi partigiani non dovrebbero essere consentiti ai lumi del XX secolo, specialmente a chi si fa banditore di nuovi veri ed assertore di libertà!

Nè ci par lecito che si debbano e si possano affermare alla tribuna parlamentare e alle udienze dei Tribunali dei fatti che non furono raccolti colla dovuta imparzialità e senza udire tutte le parti in discussione.

La quasi totalità dei testimoni uditi ha dichiarato che il dott. Garzia è stato sempre sollecito ad accorrere alle chiamate che gli venivano rivolte; tutti, senza eccezione, compresi i suoi denigratori, hanno avuto parole di lode per la sua abilità professionale, ed anche coloro che gli muovono rimprovero di trascuratezza, hanno ammesso che se vi fu qualche volta ritardo ad accorrere alle chiamate fu solo in momenti di eccessivo numero di malati. Come poteva il sanitario soddisfarle tutte ugualmente colla stessa sollecitudine? (deposizione 62). E quando accorreva sollecitamente anche in luoghi incomodi e in casa di poveri? (deposizione 55). Si comprende come ad un medico debba riuscire molto difficile accontentare una popolazione fra cui si trovano individui che, davanti a noi, non si peritano di affermare che *il medico deve sempre obbedire perchè è pagato con 50 scudi al mese!* Una popolazione fra cui si trova chi (deposizione n. 57) non si fa scrupolo di dichiarare che tutti i medici hanno sempre fatto come il dott. Garzia perchè *a casa sua non vanno mai* (compreso il medico attualmente in servizio), aggiungendo poi che non ce ne era mai stato bisogno perchè egli va a curarsi altrove! Come si può concepire che un sanitario possa completamente soddisfare una popolazione nella quale si trova chi si fa lecito, contro il volere stesso dei più direttamente interessati, di denunciarlo all'autorità giudiziaria, perchè viene a morire una puerpera da lui operata con la maggior diligenza e la maggiore perizia, come il marito della defunta ebbe a dichiararci? (deposizione n. 20). Sarà dato a un povero medico di appagare le esigenze di una popolazione fra cui si trova chi viene a dirci che egli faceva morir di fame i bambini lattanti perchè loro ordinava la dieta idrica continuata per molte ore, e perchè tale sistema di cura non era approvato dal farmacista, che, invece, di nascosto propinava i rimedi? Noi non sappiamo se questi fatti hanno impressionato coloro che fecero le inchieste prima di noi, ma in caso affermativo lasciamo giudice il Consiglio se l'accusa di trascuranza possa essere fondata!

Quanto alla arditezza che il Garzia avrebbe dimostrato verso il sesso femminile basterà che vi ricordiano alcuni fatti appresi dalla viva voce delle veneri insidiate nel loro pudore (deposizione n. 49).

Una di queste richiede il Garzia di un certificato di sana costituzione per recarsi a Roma al brefotrofio e prendervi un trovatello da allattare. Inutile ricordarvi le giuste domande che si rivolgono per il baliatico al sanitario locale in un apposito modulo a stampa. Or bene, il Garzia vuole accertarsi che la richiedente (deposizione n. 18) non abbia gangli inguinali, fa l'atto di procedere alla necessaria palpazione. . . Apriti cielo! Si tratta di un attentato al pudore d'una donna, le affermazioni della quale (deposizione n. 56) vengono poi contraddette da altra testimone! Un'altra malata affetta da adeniti tubercolari sottoascellari (deposizione n. 32) richiede l'opera del Garzia: questi oltre che visitare la regione affetta, fa precedere una esplorazione delle mammelle per escludere che il male avesse in queste la sua origine: ebbene, anche per questo si accusa di attentato al pudore!

Una esplorazione fatta nel collo d'una terza (recatasi al domicilio del dottore per fargli visitare un bimbo malato) per rilevare se esistessero gangli luetici, diventa senz'altro un tentativo di abbracciamento con susseguente strappo di vestiti che, non sappiamo con quale esito per la nettezza loro, sarebbero, come unica preda, rimasti nelle mani del povero sanitario!

Via, ci pare che la delinquenza di Almerindo Garzia, affermata da qualche avvocato della difesa nel processo di Frosinone, sia alquanto problematica, per non dirne temeraria l'accusa!

Ma ci resta ancora l'altro capo d'accusa, cioè la venalità. Questa si sarebbe rilevata in due modi:

1° per le richieste di piccoli doni e di compensi che il Garzia avrebbe preteso onde prestare l'opera sua;

2° per la vendita di medicinali a prezzo esageratamente elevato.

Per i piccoli doni possiamo con tranquilla coscienza affermare che, su dichiarazioni di quasi

tutti coloro che abbiamo interrogati, siffatti doni gli venivano liberamente offerti, come ancora si usa in molti paesi verso il medico. Il Garzia non li avrebbe mai chiesti, come quasi tutti ci hanno dichiarato, talora anzi li ha respinti quando venivano presentati a lui come giudice conciliatore, e coloro che affermano il contrario si contraddicono fra loro e, per giudizio dei maggiori del paese, rinfaccerebbero ora una cosa fatta prima spontaneamente. Le persone abbienti ci hanno dichiarato che non chiedeva regali; i poveri (e son numerosi) han detto che con loro era sollecito senza nulla chiedere e senza nulla avere!

Vien fatto qui di domandare quali possano essere le cause per cui si farebbe ora credere richiesto ciò che si offriva invece liberamente e spontaneamente.

Va considerato che il dott. Garzia, a Roccagorga, oltre che coprirvi la carica di medico condotto, funzionò eziandio, per sua sventura, da giudice conciliatore, da presidente della Congregazione di carità, e da soprintendente scolastico. In queste sue mansioni ebbe, naturalmente, a crearsi dei nemici, i quali lo hanno atteso al varco per accusarlo di fatti, dai quali, a nostro avviso, esula persino l'ombra d'una colpa.

Abbiamo contestato al collega la vendita e la somministrazione di medicinali e diciamo subito che egli non l'ha negata.

Premesso che a Roccagorga l'unica farmacia, da molto tempo, era chiusa per la morte del titolare, che il dott. Garzia non teneva l'armadio farmaceutico e che, malgrado le sue replicate sollecitazioni alle autorità sanitarie del circondario e della provincia (sollecitazioni che a noi constano di sicura scienza) non potè mai ottenere che la farmacia fosse riaperta; egli era uso prescrivere frequentemente specialità farmaceutiche di alcune case industriali. Tali rimedi, il più delle volte, non si trovavano in vendita nelle farmacie dei paesi circonvicini e talora neppure a Roma. Il Garzia allora ne procurava la spedizione che si faceva rimborsare a prezzo di costo o che i destinatari pagavano direttamente, contro assegno, all'ufficio postale (deposizione n. 19). Molti dei rimedi al Garzia inviati in esperimento furono da lui gratuitamente regalati ai malati poveri che ne avevano bisogno (deposizioni n. 19, 21, 43, 44, 38, 36). Ed è anche avvenuto che, qualche volta, il Garzia si sia fatto rimborsare di questi rimedi che erano di sua esclusiva proprietà. Ora, questa può essere cosa poco delicata, ma non pare a noi che debba e possa addirittura essere elevata a capo di accusa così grave da richiedere il licenziamento di un collega che, in un comune, ha pure acquistato il diritto alla stabilità consentitogli dalla legge.

L'avere prescritto con frequenza delle specialità costose che non si trovavano talora neppure a Roma, in un paese ove il denaro non abbonda, e a clienti sospettosi e di una mentalità ancora molto primitiva, specialità che si potevano facilmente sostituire (e forse con risultati terapeutici ugualmente efficaci) con rimedi di prezzo meno elevato e di uso più ordinario, può deporre poco favorevolmente per il senso pratico del dott. Garzia che non ha saputo proporzionare il costo dei farmaci alla potenzialità finanziaria dei clienti cui doveva prescriverli, e che si è dimostrato troppo entusiasta delle novità segnalate dalle quarte pagine dei giornali scientifici: ma non riteniamo, per questo, che sia da dipingere il Garzia come uomo venale e da dichiararsi in Tribunale come il peggiore dei delinquenti (giornale *Il Messaggero*, 30-31 agosto 1913, n. 240-241).

A Roccagorga serpeggiava da molto tempo il malcontento contro l'Amministrazione comunale. Alcuni del paese che avevano dimorato per qualche anno in America, ritornando in patria, trovavano che, per loro, l'orizzonte dei monti Lepini era troppo limitato e, pel solo fatto d'aver valicato l'oceano si sentivano degni e capaci di guidare le sorti del loro paese natio. Si trovò facilmente il pretesto nella trascuranza del medico che non *obbediva*, nella sua natura troppo amorosa per le donne, nella sua venalità, e allora dàgli all'Amministrazione comunale che protegge il medico!

Quella stessa Amministrazione comunale che la Giunta Provinciale Ammininistrativa, quando si trattò di aumentare d'ufficio lo stipendio del medico, affermava contraria al sanitario! Quegli stessi amministratori che in questi giorni hanno dovuto soffocare una già iniziata sottoscrizione per il richiamo del dott. Garzia a Roccagorga! (deposizione n. 93). Ed ecco scoppiare la rivolta di cui autore principale è ritenuto il Garzia, che è costretto a rassegnare le dimissioni e che, da tutti, è condannato e vilipeso senza neppure essere interrogato!

Egregi colleghi del Consiglio, la vostra Commissione per le ricerche fatte e per le deposizioni raccolte non crede di proporvi alcuna misura disciplinare a carico del dott. Almerindo Garzia e poichè egli, dopo le povere vittime dell'eccidio, è stato l'unico sacrificato alle ire municipali, lasciate che noi chiudiamo formando il voto sincero che il sacrificio del medico di Roccagorga e il ricordo dei morti valgano almeno a ricondurre in quello sventurato paese la calma necessaria perchè la vita civile riprenda il suo corso normale verso un avvenire di prosperità e di progresso quale noi tutti dobbiamo desiderare.

Dott. ENRICO BALLERINI. — Dott. IGNAZIO DE NICOLA. — Dott. AGOSTINO NANNI.

Roma, 11 ottobre 1913.

(27)

I medici e le elezioni generali.

Senza la pretesa di una esattezza assoluta, riassumiamo per i nostri lettori i dati che riguardano i medici candidati nelle elezioni politiche per la XXIV legislatura.

Allo spirare della passata legislatura i medici deputati erano 36 (1); di questi 6 non si ripresentarono candidati, e cioè gli on. Agnetti (nominato senatore), Cantarano (defunto nell'intervallo fra lo scioglimento della Camera e le elezioni), Celli, Margaria, Pieraccini, Ridola (nominato senatore).

Ecco la nota, per quant'è possibile completa, dei medici che si presentarono candidati. L'asterisco distingue i deputati uscenti. La designazione del colore politico è quella indicata dai giornali politici più seri:

Allevi dott. Giovanni, soc. rif., Milano IV.
* Angiolini dott. Antonio, rad., Prato.
* Baccelli prof. Guido, lib., Roma III.
* Badaloni prof. Nicola, soc. rif., Badia Polesine.
Balconi dott. Giuseppe, soc. uff., Borgomanero.
Barbato dott. Nicola, soc. uff., Palermo IV, Catania I, Andria.
Barilari prof. Michele, rad., Serra San Bruno.
Beghi dott. Galileo, soc. uff., Rovigo.
* Bianchi prof. Leonardo, lib., Montesarchio.
* Bianchi dott. Vincenzo, lib., San Bartolomeo in Galdo.
Binda dott. Evangelista, rif. crist., Appiano.
Bonardi prof. Edoardo, soc. uff., Alessandria e Menaggio.
Bossi prof. Luigi Maria, soc. uff., Foligno e Varese.
Brunelli dott. Umberto, soc. uff., Lugo.
Bussi dott. Armando, soc. uff., Cento.
* Cacciapuoti prof. F. Paolo, lib., Napoli VI.
Caminiti dott. Rocco, d. cost., Bagnara Calabra.
Capitaneo dott. Luigi, dem. cost., Monopoli.
Capobianco prof. Francesco, lib., Vallo della Lucania.
Caporali prof. Raffaele, rad., Lanciano.
* Casalini dott. Giulio, soc. uff., Torino III.
* Casciani prof. Paolo, lib., Pistoia I.
* Castellino prof. Pietro, rad., Foggia.
Cavallera dott. Giuseppe, soc. uff., Iglesias e Novi Ligure.
Chierichetti dott. Guido, lib., Campi Bisenzio.
* Ciartoso dott. Luigi, lib., Savignano.
* Ciocchi dott. Gaetano, lib., Sessa Aurunca.

(1) Le elezioni generali del 1909 mandarono alla Camera 35 medici; di questi 2 non furono convalidati (Brunelli, Costa Gesualdo). 1 morì durante la legislatura (Fede), 1 si dimise (Marazzani). Altri cinque furono eletti durante la legislatura (Bianchi Vincenzo, Giulietti, Guidone, Messedaglia, Paparo).

Clementi dott. Francesco, catt., Palermo IV.
* Coiajanni dott. Napoleone, rep., Castrogiovanni.
Cucca dott. Carlo, dem. cost., Napoli II.
Della Vedova prof. Temistocle, dem. cost., Milano II.
De Rossi prof. Carlo, lib., Levanto.
* Di Lorenzo dott. Nicolò, lib., Calatafimi.
Dore dott. Francesco, lib., Nuoro.
* Ellero prof. Lorenzo, rad., Treviso.
Falco dott. Francesco, rad., Penne.
* Faranda dott. Giuseppe, rad., Naso.
Fazzi dott. Vito, rad., Lecce.
Gallani dott. Dante, soc. uff., Adria.
Gallavresi dott. Emilio, soc. uff., Treviglio.
* Gangitano dott. Cesare, lib., Canicattì.
Giannattasio dott. Nicola, lib., Cassano all'Jonio.
* Giulietti dott. Luigi, soc. uff., Novara.
Gregoraci prof. Pier Nicola, lib., Chiaravalle.
* Guidone dott. Prospero, lib., Corleto Perticara.
Imbriaco dott. Pietro, gener. med., lib., Vallo della Lucania.
Insabato dott. Enrico, catt., Lonigo.
Lava dott. Giovanni, soc. uff., Chivasso.
Libonati dott. Bernardino, lib., Lagonegro.
Lusena prof. Gustavo, soc. rif., Capriata d'Orba.
Maffi dott. Fabrizio, soc. uff., Crescentino.
Mafrici dott. Bruno, lib., Melito Porto Salvo.
Masini prof. Giulio, soc. uff., Empoli.
Matteuzzi dott. Ercole, rep., Roma I.
Mazzarella dott. Basilio, rad., Sessa Aurunca.
Mazzotti dott. Giovanni, lib., Ravenna I.
* Messedaglia prof. Luigi, lib., Verona I.
Miranda prof. Giovanni, rad., Sant'Angelo dei Lombardi.
Molinari dott. Vincenzo, lib., Lanzo.
Morisani dott. Teodoro, lib., Piedimonte d'Alife.
Mottola dott. Francesco, soc. rif. Tropea.
Nardelli dott. Giulio, lib., Pescina.
Padula prof. Fabrizio, lib., Atri.
* Pantano dott. Edoardo, rad., Giarre.
Paone dott. Giuseppe, lib., Gaeta.
* Paparo dott. Raffaele, lib., Caulonia.
Pascale prof. Giovanni, lib., Cerreto Sannita.
Percaccini dott. Giov. Battista, mod., Legnago.
Peroni dott. Giovanni, lib.. Oleggio.
Perrotta dott. Antonio, lib., Palata.
Petrelli dott. Rigoberto, lib., Ancona.
Petrera dott. Daniele, lib., Bari.
Piccoli dott. Giovanni, lib., Agnone.
* Pietravalle prof. Michele, rad., Bojano.
Pilli dott. Bettino, soc. rif., Pietrasanta.
Porta dott. Giovanni, soc. rif., Como.
* Queirolo prof. Giov. Battista, lib., Pisa.
Raia dott. Vincenzo, soc. rif., Petralia Sottana.
* Rampoldi prof. Roberto, rad. Pavia.
Rindone dott. Santi, rad., Regalbuto.
* Roth prof. Angelo, lib., Alghero.
* Sanarelli prof. Giuseppe, lib., Bibbiena e Cortona.

* Santoliquido prof. Rocco, lib., Acerenza.
* Scellingo prof. Mariano, lib., Pescina.
* Scorciarini-Coppola dott. Angelo, lib., Piedimonte d'Alife.
Sgobbo prof. Francesco Paolo, lib., Mirabella Eclana.
Silvagni prof. Luigi, rad., Bologna I.
Tanturri dott. Domenico, lib., Sulmona.
* Tinozzi dott. Domenico, lib., Penne.
Tizzoni prof. Guido, lib., Vico Pisano.
* Toscanelli dott. Nello, lib., Pontedera.
Vignolo di Cos dott. Attilio, lib., Chiavari.
Zanardini dott. Gino, lib., Spilimbergo.

Risultati del 1° scrutinio: Dei deputati uscenti presentatisi candidati furono finora rieletti:

Angiolini, Baccelli, Badaloni, Bianchi L., Bianchi V., Casalini, Casciani, Colajanni, Faranda, Paparo, Pantano, Pietravalle, Queirolo, Rampoldi, Roth, Sanarelli, Santoliquido, Tinozzi, Toscanelli.

Sono rimasti in ballottaggio:

Castellino, Ciocchi, Giulietti, Guidone, Messedaglia.

Sono caduti:

Cacciapuoti, Ciartoso, Di Lorenzo, Ellero, Gangitano, Scellingo, Scorciarini-Coppola.

Dei candidati nuovi sono stati eletti finora:

Bonardi, Bussi, Capitaneo, Caporali, Cucca, Fazzi, Maffi, Masini, Morisani, Rindone, Vignolo di Cos.

Sono in ballottaggio:

Barbato, Beghi, Binda, Brunelli, Cavallera, Chierichetti, Dore, Gregoraci, Imbriaco, Mazzarella, Miranda, Petrelli, Petrera e Sgobbo.

Quest'altra domenica tireremo le ultime somme; frattanto è interessante notare che i candidati medici sarebbero stati classificati nel modo seguente:

Cattolici e moderati	4
Liberali	45
Dem. costituzionali	4
Radicali	15
Repubblicani	2
Socialisti uff.	15
Socialisti riformisti	7
Totale	92

Queste cifre sfatano un po' la leggenda sul sovvertivismo della classe medica italiana.

CAJUS.

Assegni di riposo a medici condotti, loro vedove ed orfani. — Diamo, riprendendolo dall' « Avvenire Sanitario », l'elenco degli assegni di riposo conferiti ai sanitari condotti, loro vedove ed orfani dal Consiglio d'amministrazione durante il secondo trimestre dell'anno 1913, a carico della Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari ed ammessi a registrazione della Corte dei conti.

Costa dottor Carlo fu Domenico, pensione lire 1319; Prete dott. Giuseppe fu Raffaele, id. lire 1506; Patrizi dott. Francesco fu Giov. Battista, id. lire 2020; Giupponi Maria, ved. del dott. Fontana Pio fu Pietro, id. lire 781. 33; Troia Aurora, ved. del dott. Garabelli Giuseppe fu Giovanni, id. lire 582. 50; Romano Giuseppina e figli, ved. ed orf. del dott. Galloro Francesco di Raffaele, id. lire 743. 50; Montanini dott. Giov. Battista fu Demetrio, id. lire 1165; Braidi Erminia e figli, ved. ed orf. del dott. Montanini sudd. id. lire 582. 50; Grati dott. Leopoldo fu Pietro, lire 3000; Chicco dott. Domenico fu Giuseppe, id. lire 1541; Orfani Chicco Giovina ed Alfonso del dott. Chicco Domenico fu Giuseppe, id. lire 770. 50; Comito dott. Vincenzo fu Francesco, id. lire 3681. 43; Bergonzi dott. Licinio fu Pietro, id. lire 956; Gherardi dott. Giuseppe fu Giulio, id. lire 1110. 49; Bertola dott. Francesco fu Giovanni, id. lire 1607; Zanardi dott. Attilio fu Adriano (riforma) id. lire 5269. 14; Quartino dott. Pietro fu Giuseppe, indennità lire 2634. 33; Fassetti Rosa e figli, ved. ed orf. del dott. Maioli Luigi fu Giuseppe, pensione lire 753; Bergamini dott. Celso fu Domenico, id. lire 1146; Pianforini dott. Uberto fu Giulio, id. lire 900; Fasolis dott. Sebastiano fu Giov. Battista, id. lire 2156; Orfane del dott. Caporali Paolo fu Dionigi, id. lire 884. 50; Buonanno Vincenza e figlia, ved. ed orf. del dott. Izzo Luigi fu Bernardo, id. lire 1105; Di Pietrangelo dott. Antonio fu Gesualdo, id. lire 669; Barrera Maria ved. del dott. Eyssantier Giov. Battista fu Giovanni, id. lire 379. 50; Pierini dott. Giuseppe fu Oreste, id. lire 827. 40; Gollo Carlotta e figlio ved. ed orf. del dott. Baitone Antonio di Luigi (riforma), id. lire 652. 25; Valente dott. Enrico fu Giovanni, id. lire 3586. 66; Verriente dottor Francesco fu Cosimo, id. lire 2144. 16; Sanesi Anita e figlia ved. ed orf. del dott. Marrucci Mario fu Lorenzo, id. lire 900; Marrucci Nella orf. dei coniugi suddetti, id. lire 900; Nobili Giuseppina e figli, ved. ed orf. del dottor Tordelli Paulo fu Giuseppe, id. lire 1066. 20; Gregorio dott. Luigi fu Cosimo, indennità lire 3087. 72; Eredi del dott. Cavallari Illide fu Guglielmo, id. lire 1189. 49; Lepra Caterina e figli, ved. ed orf. del dott. Tagliero Bernardo fu Bernardo, pensione lire 1500; Arlia dott. Pietro fu Francesco, id. lire 1779; Viganò Ester, ved. del dott. Rossari Luigi, id. lire 1207; Cattaneo Sofia, ved. del dott. Cantù Antonio fu Luigi, id. lire 627. 50; Astarita dott. Giuseppe fu Giuseppe, id. lire 3000; Ricci Giuseppina, ved. del dott. Rossi Luigi fu Fran-

cesco, id. lire 1081; Pastelli Giulia, ved. del dottor Beltrami Giuseppe fu Gervasio, id. lire 1500; Grandi dott. Vincenzo fu Giovanni, id. lire 1847; Fontani dott. Vittorio fu Raffaele, id. lire 1830. 24; Abrial Lisetta e figli, ved. ed orf. del dott. Fontani Vittorio, id. lire 915 12; Montanari dott. Giuseppe fu Alfonso, indennità lire 5965. 96.

I medici italiani in Tunisia. — In una corrispondenza da Tunisi il « Giornale di Sicilia » ricorda che negli ultimi del luglio scorso, una campagna attivissima venne iniziata dalla *Società medica francese*, con lo scopo evidente di modificar la pratica medica degli Infortuni sul lavoro in Tunisia, in modo da far usufruire di questo cespite importante i medici francesi esclusivamente: si voleva, in poche parole, creare un monopolio.

Il corpo medico italiano, che è la maggioranza del ceto medico cosiddetto straniero, dopo aver edotto il R. Console generale dei fatti, fece inviare per il suo tramite un pro-memoria al Ministero degli Esteri.

Si ricordava allora che il 98 per cento degli assicurati sugli infortuni del lavoro sono operai italiani e molte società di assicurazione sono perfettamente italiane.

D'altra parte in Tunisia, come in Francia, vige la legge, che lascia all'operaio la libera scelta del medico: ogni modifica restrittiva del decreto attuale sarebbe un'aperta violazione della libertà di esercizio dell'arte medica fra noi.

A quell'epoca il Ministero francese dichiarò che nessuna modifica era imminente. Era chiaro però che qualche cosa era allo studio: lo faceva supporre chiaramente una serie di articoli che veniva pubblicando sulla *Dépêche Tunisienne* un noto ispettore di assicurazioni francese, articoli che non eran certo tutta farina del suo sacco, con lo scopo prefisso di propugnare l'abolizione della libera scelta del medico da parte del malato e il ripristino della nomina di medici fiduciari delle Compagnie di assicurazioni.

Si comprende benissimo il tranello; una volta che le Compagnie saranno autorizzate a scegliersi i loro medici di fiducia, esse nomineranno dei medici francesi e lo scopo sarà così raggiunto.

In questa previsione i medici italiani e quelli di nazionalità britannica si sono riuniti, il 6 ottobre scorso, e han deciso, dopo matura riflessione, di inviare ai rispettivi regi consoli il seguente ordine del giorno, perchè sia trasmesso al Governo:

« I medici stranieri (italiani e britannici) di Tunisi, riuniti a comizio il 6 ottobre 1913, in vista di possibili modifiche alla vigente legge sugli Infortuni del lavoro, fanno voti perchè siano ugualmente rispettati i diritti dei medici, a qualunque nazionalità appartengano ».

L'atteggiamento assunto è decisamente difensivo.

L'adesione dei medici di nazionalità inglese ha dato maggior importanza all'affermazione, contenuta nel vibrato ordine del giorno.

I.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4102) *Regolamento d'igiene - Compenso per la redazione.* — Il Dott. L. C. da G. chiede conoscere se, avendo tre anni or sono proceduto alla redazione del regolamento di igiene, possa pretendere speciale compenso e se in caso di rifiuto da parte del Comune possa richiedere compenso e quale.

La redazione del regolamento di igiene non entra negli obblighi normali del medico condotto. Se Ella, quindi, ha atteso a tale lavoro ben può chiedere ed ottenere adeguato compenso Il tempo trascorso non vale ad eliminare il diritto che avrebbe già Ella acquisito. In caso di rifiuto di detto compenso da parte della Amministrazione dovrebbe adire l'autorità giudiziaria, cioè, il conciliatore del Comune ove Ella compì la redazione del regolamento

(4103) *Farmacia - Medico direttore.* — Il Dottore A. S. da L. desidera conoscere se un medico proprietario di una farmacia possa sostituire il direttore che si assenta per gravi motivi o per infermità.

Non essendo consentito il cumulativo esercizio della professione di medico e di farmacista, il primo non può giammai sostituire il secondo sia anche questi assente per infermità o per gravi motivi. Si dovrebbe provvedere in ogni caso per una provvisoria supplenza da parte di altro farmacista.

(4104) *Ufficiale sanitario - Partecipazione a concorsi per nomine a maestre elementari.* — Il Dottore F. R. da B. chiede conoscere se sia legittimo il rifiuto apposto dal Comune al pagamento delle indennità cui crede aver diritto per aver partecipato alla Commissione esaminatrice dei titoli per un concorso indetto per la nomina della maestra elementare.

Il far parte di tali Commissioni è compito assolutamente estraneo allo ufficiale sanitario, il quale, fra l'altro, non vi è chiamato per tale sua qualità ma bensì per l'altra molto più generale di essere, cioè, persona fornita di laurea o di titolo accademico. Il rifiuto del Comune è, quindi, ingiustificato e qualora in esso si persista crediamo che possa Ella adire, con sicuro successo, l'autorità giudiziaria ordinaria.

(4105) *Medico consorziale - Ufficiale sanitario.* — Il Dott. abbonato n. 7756 desidera conoscere se il medico condotto di un Comune possa essere nominato medico consorziale in un altro Comune, se la nómina degli ufficiali sanitari è fatta ancora per incarico del Prefetto e se si acquista la stabilità dopo due anni.

Non è possibile che il medico condotto di un Comune sia nominato medico consorziale in un altro, sia perchè il consorzio non è mai rappresentato da un solo Comune sia perchè mancherebbe in uno dei due posti la condizione della residenza, esplicitamente e precipuamente richiesta per ogni condotta medica. Quando l'ufficiale sanitario è nominato in base a concorso dopo due anni di prova acquista la stabilità con decreto prefettizio. Ora non si fanno più nomine prefettizie provvisorie. Per le nomine ad ufficiali sanitari o si bandiscono i concorsi o si procede al riconoscimento del già acquisito diritto alla stabilità per servizio ultratriennale o con incarico al medico condotto.

(4106) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. abbonato n. 8224 desidera conoscere come debba regolarsi nel caso che il Consiglio comunale, richiestone dal Prefetto, dia parere sfavorevole al di lui riconoscimento come ufficiale sanitario stabile per precedente servizio ultra novennale.

Noi crediamo che il parere sfavorevole del Consiglio comunale non possa nuocerle perchè la legge impone solamente l'obbligo di udire tale consesso ma non accenna a *parere favorevole di esso.*

(4107) *Certificati.* — Al Dott. V. P. da S. I. che ci interpella in proposito rispondiamo che quando il certificato di malattia si riferisce ad una infermità in atto e sottoposta a cura, va rilasciato gratuitamente. Può dar luogo a compenso se l'individuo non è attualmente infermo.

(4109) *Assistenza ad operazioni di alta chirurgia.* — Il Dott. G. C. da S. G. M. desidera conoscere se possa richiedere compenso per avere egli come medico condotto della generalità degli abitanti prestata assistenza ad un professore per una operazione di alta chirurgia eseguita ad un cliente.

Non crediamo possa competere compenso perchè il medico condotto per la generalità è tenuto ad eseguire anche da sè tutte le operazioni, quando anche di alta chirurgia, che si possono eseguire tenuto conto dell'ambiente e dei mezzi di cui si dispone. Ora come Ella non avrebbe potuto pretendere compenso se avesse eseguita l'operazione da sè, così non può chiedere compenso per l'assistenza prestata.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

AMEGLIA (*Genova*). — Condotta pei poveri (100 circa); L. 990, L. 100 pel servizio necroscopico, L. 60 quale U. S. e L. 50 come vaccinatore; non più di 45 anni s. e. r. Scad. 10 nov.

ANCONA. *Ospedale civile Umberto I.* — Cercasi assistente preferibilmente con laurea di data recente. Stipendio 1080 lorde; qualche incerto; vitto tutt' i giorni, alloggio con biancheria, illuminazione, riscaldamento. Nomina per un biennio, dopo un mese, e con servizio un anno di medicina e un anno di chirurgia. Scrivere al direttore.

ANELA (*Sassari*). — Condotto; L. 3000 nette. Scad. 15 novembre.

ARZIGNANO (*Vicenza*). — Due condotte libere; L. 3500 e L. 3000. Scad. 15 novembre.

BELLEGRA (*Roma*). — Medico chir. condotto; L. 2582.70 pei poveri, L. 1291.30 per gli abb., L. 100 per le mansioni di U. S., lorde; due sessenni. Ab. 2389. Scad. un mese dal 6 ott.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospidalieri.* — Fino alle ore 15 del 15 novembre sono aperti concorsi per titoli a due posti di Medico-chirurgo assistente biennale; vedi fasc. 43.

BRESCIA. *Ospedale civile.* Medico primario. Rivolgersi all'Amministrazione. Scad. 10 nov.

CARPI (*Modena*). — Due condotte: per Budrione e Migliarina, L. 2500; per Fossoli e San Marino L. 2600, lorde; 3 sessenni e L. 700 nette per mezzi trasporto; non oltre 40 anni, s. e. r., cura poveri, ab. 3400 circa ciascuna. Scad. 6 nov.

CARRARA (*Massa Carrara*). Condotto supplente; L. 1000 nette e diaria di L. 10. Scad. 10 nov.

CASALROMANO (*Mantova*). — Medico; L. 4100 aument. ed alloggio. Scad. 12 novembre.

CASTELMADAMA (*Roma*). — A tutto 10 nov. concorso a una delle due condotte; L. 2500 pei poveri, L. 500 per gli abbienti, L. 100 quale U. S., al netto di R. M. Servizio entro 10 giorni.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dicembre.

FICULLE (*Perugia*). — Ab. 3186. Concorso ad una delle due condotte comprimarie; lorde (in corso di approvazione) L. 4100, senza obbligo di caval. Riposo quindicinale. Scad. 20 nov. Autorizzazione ad accettare eventuale nomina Medico di sezione delle ferrovie. Richiedere avviso al Municipio.

GORLA MINORE (*Milano*). *Ospedale Raimondi di Prospiano.* — Direttore medico. Rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

MONTÀ (*Cuneo*). *Ospedale-Ricovero « Misericordia Dei ».* — Medico; per schiarimenti rivolgersi alla segreteria. Scad. 12 nov.

MONTALCINO (*Siena*). — Due medici per la cura gratuita agli abitanti di Torrenieri e S. Angelo in Colle; L. 3100 lorde ciasc., obbl. a. f.; il secondo ha l'obbligo di una visita settimanale a Camigliano; L. 400 ciasc. per la cav. Scad. 15 nov.

* MONTALDO SCARAMPI (*Alessandria*). — Condotto; L. 1850 lorde, abit. 2000, famiglie pov. 40. Scad. 5 nov.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Condotta chirur.; L. 4000 nette. Scad. 15 nov.

* OLEVANO ROMANO (*Roma*). — Due condotte; lorde L. 2200 quota poveri, L. 1150 quota facoltativa abbienti, due sessenni, L. 50 all'U. S. Scad. 40 giorni dal 1° ott.

PADOVA. *Ospedale civile.* — Assistente effettivo; L. 1400 lorde, stanza di abitazione, L. 6 per ogni guardia di 24 ore. Scad. ore 17 del 5 nov. Età mass. 30 anni. L'eletto dovrà assumere le sue funzioni entro 10 giorni da quello della nomina.

PERETO (*Aquila*). — A tutto il 15 nov. condotta piena a L. 3500 pei poveri, L. 300 per gli abb., L. 200 quale U. S., lorde; un anno in ospedali dopo la laurea o due di condotta come titolare o tre di esercizio libero.

PERUGIA. *Università Libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PETTINEO (*Messina*). — Condotto; L. 2800 nette, non più di 40 anni, s. esercizio regolamentare, 2 anni servizio ospedali o condotte. Abitanti 2976. Scadenza 30 novembre.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — Due condotte per la generalità; L. 3400 ciascuna aumentabili e L. 600 per cavalcatura, abitanti 2913 e 1778. Scadenza 5 novembre.

PINASCA (*Torino*). — Medico del consorzio con Inverso Pinasca e Villar Perosa; L. 2200 e L. 200 quale U. S. Scad. 15 novembre.

QUINTO-VERCELLESE (*Novara*). — Condotta; L. 2800 per soli poveri, alloggio e L. 500 per cavalc. oltre L. 50 quale U. S. per ciascuno dei Comuni, indennità a convenirsi per cusa immigranti. Scad. 5 nov.

ROCCAPRIORA (*Roma*). — L. 4000, cura piena. Scade 15 novembre.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti.* — Dieci chirurghi aiuti. Vedi fasc. 43. Scadenza ore 16 del 2 dicembre 1913.

*SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Medico per la generalità della frazione Palazzone; L. 3000 lorde compresavi indennità cavalc. ed a. f.; 3 sessenni; non più di 40 anni s. e. r.; ab. 960. Scad. 10 novembre.

SARTEANO (*Siena*). — 2ª condotta a tutta cura, 2400 abit.; L. 2000 pei pov., L. 1150 per gli abb., L. 250 per sostituz. reciproca, L. 600 per cavalc., nette; assicuraz. Servizio entro 15 giorni. Scad. 15 nov.

TEMPIO (*Sassari*). — Medici per i soli poveri delle frazioni Luogosanto e Arzaghena; L. 2000 ciasc. e L. 100 per a. f., oltre premi e sussidi governativi per intensificazione lotta malarica. Scad. 15 novembre.

TRIPOLI. *Amministrazione degli Istituti ospedalieri e di beneficenza.* — Direttore sanitario dell'Ospedale Civile; vedi fasc. 40. Scad. 10 nov.

VAILATE (*Cremona*). — Medico chir. residenziale; L. 3500 al netto di R. M., due sessenni. Ab. 3450 dei quali circa 3100 considerati poveri. Non obbligo mezzo di trasp. Incarico U. S. e direzione ospedale Caimi. Il territorio com. è considerato zona malarica. Assunz. posto entro 15 giorni. Scad. 30 nov.

VARESE ed unite CASTELLANZE (*Como*). — IV Riparto, L. 2800 per 1943 poveri, 3 quinquenni, ab. 3200. Scade 10 novembre.

VERCELLI (*Novara*). — *Scuola ostetrica pareggiata* Assistente; vedi fasc. 43. Scad. 10 novembre.

GENOVA. *R. Clinica medica.* — Sei posti di assistente; vedi fasc. 42. Scad. 5 novembre.

ROMA (*R. Università*). — È indetto il concorso per titoli a quattro posti di studio della Fondazione Corsi tra laureati della Facoltà di medicina e chirurgia nell'università. Laurea da non oltre un triennio solare a datare dal 10 ottobre 1910, dopo aver frequentato i corsi per un biennio almeno nella Università. L. 100 mensili per otto mesi. Scad. 30 giugno 1914.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Corvino, San Quirico, Torricella, Verzate, Oliva Gessi (Pavia), Formignano [per Tresigallo] (Ferrara). Tassarolo (Alessandria). Magrè, Valli dei Signori e Torrebelvicino (Vicenza), Collesalvetti [per Parrana San Giusto] (Pisa).

Revoca di diffide: Ponte nelle Alpi (Belluno), Montale (Pistoia).

Nomine, promozioni e onorificenze.

FIRENZE. — Il dott. Bruno Agostino è autorizzato a trasferire da Pisa a Firenze la libera docenza in patologia medica.

GENOVA. — Sono nominati i dottori: Barlocco Amerigo aiuto, Crosa Agostino e Morelli Ferdinando assistenti nella clinica medica.

PERUGIA. — Il concorso alla Cattedra di fisiologia nell'Università è stato vinto dal prof. Oswaldo Polimanti. (Felicitazioni).

SIENA. — Il dott. Noferi Ugo è abilitato alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria.

I dottori Poggiolini Aurelio e D'Oria Giuseppe sono nominati assistenti in clinica chirurgica.

NOTIZIE DIVERSE

Guido Baccelli Deputato di Roma.

Ci compiacciamo come di festa in famiglia che con splendida votazione sia stato confermato deputato al III collegio il nostro amato direttore prof. Guido Baccelli.

In onore di Manson.

I magnifici progressi realizzati durante gli ultimi venti anni nella conoscenza delle malattie dei paesi caldi sono dovuti in gran parte a sir Patrik Manson od alla sua iniziativa La creazione delle scuole o istituti di medicina tropicale, focolai così attivi e utili d'insegnamento e di ricerche, è pure dovuta alla sua attività benefica. In questi campi egli è stato un creatore di genio.

Un gruppo di studiosi — tra i quali Castellani, Celli, Monticelli e Perroncito per l'Italia — hanno pensato che fosse venuta l'ora di attestare all'eminente scienziato la loro ammirazione viva per la sua opera e il loro affetto rispettoso per la sua persona. Hanno perciò voluto promuovere in suo onore una manifestazione internazionale, cui possano partecipare tutti coloro che conoscono od ammirano Manson: hanno aperta una sottoscrizione allo scopo offrire al Manson una medaglia d'oro con la sua effigie, opera del dott. Paul Richer, membro dell'Istituto e dell'Accademia di medicina e professore di anatomia alla Scuola di Belle Arti a Parigi.

Le sottoscrizioni vengono ricevute dal dottor James Cantlie, direttore del *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 140, Harley street, Londra W., e dai signori Asselin e Houzeau, editori degli *Archives de Parasitologie*, place de l'Ecole de Médecine, Parigi.

Nessun limite è fissato per le sottoscrizioni.

I sottoscrittori di 25 franchi riceveranno un esemplare della targhetta in bronzo; quelli di 50 franchi ne riceveranno uno in argento patinato.

Si prega di scrivere nettamente il cognome, il prenome o le iniziali e tutte le indicazioni necessarie per l'invio.

Medici senatori.

Tra i medici senatori di nuova nomina, oltre al dott. Alberto Agnetti e al prof. Bellom Pescarolo, è l'on. dott. Domenico Ridola, laureato in medicina ma consacratosi con ardore allo studio dell'archeologia tanto che è stato nominato ispettore agli scavi e monumenti.

Società Piemontese degli amici della Neurologia.

Con questo titolo un nucleo di medici ha costituito in Torino una Associazione che ha lo scopo di incoraggiare nella classe medica della regione piemontese gli studi neurologici, con speciale riguardo alla clinica; di diffondere tra di essa, nel limite dei propri mezzi, la conoscenza di quanto si produce nel campo della neurologia; di illustrare con dimostrazioni e discutere casuistica e reperti relativi all'anatomia, fisiologia e patologia del sistema nervoso.

La Società ha la sua sede nell'Istituto di Neuropatologia della Regia Università di Torino (via Quattro Marzo n. 11).

Un Istituto di puericultura a Palermo.

Sono pochi mesi che per iniziativa del dott. Pietro Valenza ha cominciato ad avere una pratica attuazione, con l'aiuto di un benemerito Comitato permanente di Dame presieduto dalla baronessa Turrisi.

L'istituto ha per programma la formazione di una coscienza igienica nelle famiglie e nelle scuole, mediante pubblicazioni speciali e soccorsi alle madri.

Alla esplicazione del programma si è provveduto pubblicando e diffondendo quattro volumetti per gli alunni delle scuole elementari. per quelli delle scuole medie, per le ragazze che uscendo dalla scuola entrano nella vita e per le madri: quest'ultimo, intitolato « Il più bel fiore », è un manualetto completo di puericoltura. Nelle classi povere viene distribuito a migliaia di copie un foglio-guida per illuminare le madri su tutte le questioni di igiene materna.

Funziona inoltre un ambulatorio in via Villareale. Annessa all'ambulatorio è una mostra permanente, ove è esposto alla vendita tutto ciò che occorre ad un bambino, dalla culla igienica agli oggetti indispensabili alla teletta, delle fascie modeste alle vestimenta di lusso, dai giuocattoli ai dolci ed alle farine nutritive. Gli utili interi ricavati dalle vendite sono devoluti alla istituzione.

L'Italia vanta poche altre istituzioni del genere: la *Scuola di puericoltura* fondata dal prof. Vicarelli di Torino nella Clinica Ostetrica; l'*Alleanza Cooperativa Torinese*, che elevò il dispensario per lattanti a *Scuola di puericoltura* per studenti medici e levatrici; l'*Istituto Nipioigienico* di Capua fondato dal prof. Cacace. È sperabile — come ha proposto il dott. F. Salpietra — che la *Lega Nazionale per la protezione della prima infanzia*, sorta a Firenze, rannodi tutte queste istituzioni ed altre ne promuova.

Un nuovo pedocomio a Bologna.

Nel fasc. 41 (12 ottobre) della Sezione Pratica sotto questo titolo si legge che all'inaugurazione parlarono il presidente dell'Amministrazione degli Spedali avv. Gattoni, il sindaco Nadalini ed il direttore del nuovo Spedale prof. Pincherle. Parlarono invece il presidente dell'Amministrazione centrale degli Spedali avv. Alberto Melloni, il sindaco avv. Nadalini, il prof. Comba, già clinico pediatra a Bologna, ed il prof. Berti, attualmente incaricato di Clinica pediatrica.

Rubrica della beneficenza.

Il sig. dott. Rodolfo Rasura morto a Saronno ha istituito erede universale l'Ospedale Maggiore di Milano, cui ha lasciato un patrimonio di circa lire 60,000 vincolato da usufrutto a favore della di lui vedova.

Ordinanze di sanità marittima.

Con recente decreto è revocata l'ordinanza di sanità marittima n. 6 dell'11 settembre riguardante le provenienze dai porti russi del Mar Nero, fatta eccezione per quelle dal porto di Kherson e dall'isola di Cefalonia, sottoposte rispettivamente alle disposizioni contro il colera e contro la peste.

La peste in Europa.

Si è prodotto un piccolo focolaio di peste bubbonica nella Russia europea, sulle rive del mare d'Azof.

Gli accidenti da salvarsan.

Il dott. Dreuw di Berlino (Potsdamerstrasse, 31-*a*) raccoglie tutti i casi di accidenti gravi (morte, sordità, cecità, encefalite emorragica, paralisi, crampi epilettiformi, intossicazioni gravi, ecc.) consecutive all'uso del salvarsan.

Si dichiara grato ai colleghi che vorranno favorirgli comunicazioni documentate e precise al riguardo.

Fin'ora nella letteratura sono già consegnati circa duecento casi letali da salvarsan.

Segreto professionale medico.

Un operaio passivo d'infortunio sul lavoro venne a morte nell'ospedale di Lilla. Il medico fiduciario della Società d'assicurazione si rivolse al primario della sezione per conoscere l'esito dell'autopsia. Venne così a sapere che il paziente era colpito da leucemia. In seguito a questa informazione la Società ammise che il decesso non dovesse ascriversi all'infortunio e quindi rifiutò il pagamento di qualsiasi indennizzo. La vedova dell'operaio querelò il primario innanzi al tribunale di Douai per violazione di segreto professionale

Il tribunale assolse il medico; ma la Corte di cassazione, innanzi alla quale venne la querela in seconda istanza, lo ritenne responsabile civilmente e penalmente.

Il medico della compagnia d'assicurazioni, anch'esso querelato, è stato assolto.

Usurpazione del titolo di professore.

Il Tribunale di Torino ha condannato un tale che si qualificava di « professore » senza essere provvisto di alcuna laurea o diploma o incarico d'insegnamento.

La sentenza richiama l'articolo 186 del C. P., il quale parla dell'usurpazione non soltanto di grado accademico ma anche anche di titolo.

Strana questione di onorario.

Un medico che viaggiava sulle ferrovie belghe venne chiamato d'urgenza da un impiegato per apprestare le sue cure ad un viaggiatore colto da malore.

Il medico inoltrò poi una parcella di 20 lire all'Amministrazione ferroviaria; ma questa rinunziò di pagare. Il giudice di pace dette ragione all'Amministrazione, ritenendo che l'impiegato aveva agito per semplice sentimento di umanità e che il medico avrebbe dovuto reclamare il pagamento dal viaggiatore assistito o da chi per esso.

Un ospedale volante.

Un americano, S. F. Cody, ha esperimentato ad Aldershot un ospedale volante. Si tratta di un biplano, arredato di tutti gli strumenti necessari ad apprestare soccorsi d'urgenza ai feriti, ed anche di una tavola d'operazione. Gli istrumenti, per quanto di una eccezionale leggerezza, sono di una qualità eccellente.

Questo aereoplano in tempo di guerra servirebbe a portare, colla massima prestezza, i soccorsi sanitari là dove le ambulanze ordinarie non possono arrivare che con lentezza e con difficoltà

Il colonnello Donegan, direttore dei servizi medici dell'armata inglese, ha contribuito a stabilire il disegno di questo ospedale di nuovo genere. (*Avv. San*).

Decremento delle mosche.

Una Commissione nominata dal Governo inglese per studiare la natura e le cause di una malattia contagiosa che colpisce le api, ha messo in relazione questo fatto con la diminuzione delle mosche, che la Commissione stessa pone in rapporto coi progressi dell'automobilismo. Infatti da tali progressi deriva una diminuzione delle stalle ed è nello stallatico che di preferenza si sviluppano le mosche.

Così riferisce la rivista automobilistica inglese « Autocar ».

Vittima del dovere.

Il dott. Abondio Ragni di Meda ha contratto un'infezione gravissima nell'operare un paziente. Ricoverato nell'ospedale di Desio, vi è stato sottoposto all'amputazione del braccio destro dal chirurgo dott. Lolli.

Le sue condizioni erano molto gravi.

La perdita di **Lucas-Championnière** segna un lutto per la scienza.

Nell'ora incerta in cui il genio di Lister applicava alla chirurgia le superbe scoperte di Pasteur, Championnière ebbe il merito di comprendere la verità e d'imporla con la forza sovrana della sua convinzione e del suo esempio.

I suoi lavori sulle ernie, sulle resezioni e sulla trapanazione, lo classificano tra i maestri della chirurgia pratica.

È stato un educatore di prim'ordine: gli allievi si addensavano intorno a lui, anzi non pochi colleghi da lui istruiti divennero poi suoi emuli.

All' « Associazione internazionale della stampa medica » aveva portato, quale presidente, l'autorità del suo nome venerato.

Uomo benefico, chirurgo espertissimo, apostolo della verità, fu amato per la dolcezza del suo carattere ed ammirato pel suo valore.

E' morto sulla breccia, mentre pronunziava una comunicazione alla Società chirurgica di Parigi

Inchiniamoci riverenti alla sua memoria!

P. M.

Il 17 settembre moriva in Vetralla, il medico condotto dott. **Salvatore Gugliuzzo**, colpito da un attacco di angina pectoris mentre attendeva ad un'operazione di parto.

Non aveva ancora cinquant'anni, e da venti si trovava a Vetralla amato e stimato dalla popolazione.

Per la sua integrità di carattere, e per le doti del suo cuore sarà lungamente rimpianto dai colleghi.

A. G.

Rassegna della stampa medica.

Ann. Intern. de Chir. gastro-intest., 2. DELAGÉNIÈRE. « L'occlusione intestinale da calcoli biliari. — FAUVREL. « Contusioni del duodeno ».

La Liguria Med., 1 sett. FERRUA. « La medianità ».

La Policlinique, 1 sett. BUYS. « Mastoidite atipica ».

Lucina, 1 sett. COLORNI. « Sifilide e concepimento secondo le recenti vedute ».

Ann. d'Ost., VIII. GENTILI. « La decidua considerata come glandola endocrina ». — BONI. « Mola vescicolare infiltrante ».

Deut. Med. Woch., 4 sett. KROMAYER. « Cosmetica medica della cute ». — PINKUSS. « La cura del cancro con mesothorium e terapie associate ».

Wien. Klin. Woch., 4 sett. SCHINDLER. « Radium- e mesothorium-terapia dei tumori maligni ». — VOLK. « I sarcoidi (Darier-Roussy) sottocutanei ». — GOODMANN. « Anastomosi artero-venosa nella gangrena iniziale ».

Lo Sperimentale, 5 sett. « Atti dell'VIII riunione della Società italiana di patologia ».

Gazz. d. Osp., 4 sett. CHIRI. « Epitelioma della faccia trattato col principio attivo del *jequirity* ».

Gazz. Med. It., 4 sett. RUSCA. « Sulla bradicardia itterica ».

Paris Méd., 6 sett. « Numero di oftalmologia, oto-rino-laringologia e stomatologia ».

La Rif. Med., 6 sett. PALMULLI. « Modificazioni quantitative ed istologiche dei corpuscoli del sangue nel lavoro muscolare ».

The Lancet, 6 sett. JONES. « Dolore e insonnia ». — BLANDY, COLE. « Casi di pellagra nell'Inghilterra ».

Pensiero Med., 7 sett. CATTANI. « Autenticazione anatomo-patologica del fremito arterioso o polso vibrante e considerazioni cliniche sull'endopericardite ».

Gaz. d. Hôp., 4 sett. « Congresso francese di alienisti e neurologi ». — 9 sett. FERRAND e COVILLE. « Febbre tifoide iniziatasi durante la vaccinazione antitifica ».

Mediz. Klinik. 7 sett. BRÜCKNER. « Rapporti patologici tra naso ed occhi ». — HART. « Sulla così detta costituzione linfatica ».

Berl. Klin. Woch., 8 sett. ASKANAZY. « La peritonite biliare senza perforazione ». — HERSCHEIMER e REINHART. « Sulla amiloidosi locale ».

Galicia Méd., sett. GOYANES. « La miiasi intestinale ».

Annals of Surgery, sett. ELSBERG. « Sui traumi della spina dorsale ». — SCHACHNER. « L'asportazione totale del colon ». — OLLERENSHAW. « Sui tumori sacrococcigei ». — KIDD. « Purpura della vescica ». — LEONARD. « Il cancro del moncone cervicale residuo dell'isterectomia parziale ».

The Journal A. M. A., 6 sett. CAPPS. « Mal di gola epidemico da streptococchi ». — DAVIS. « Artrite cronica da streptococchi ».

The Americ. Journ. of the Med. Sciences, sett. FOOTE. « Il vero valore dell'operazione per cancro ». — KING e MILLS. « Il pneumotorace artificiale terapeutico ». — JENNINGS e KING. « Gl'insetti agenti presumibili di trasmissione della pellagra ».

Ann. di Nevrol., II, III. « Morbo di Parkinson in un antico basedowiano ».

Le Bull. Méd., 6 sett. PECH. « Sul meccanismo d'azione della digitale ».

La Sem. Méd., 10 sett. RODILLON. « La calcireazione e il suo significato diagnostico ».

Münch. Med Woch., 9 sett. BESCHAD e SCHILLING. « Una nuova leucemia da sole forme di passaggio ». — SWIFT e ELLIS. « Sulla cura combinata locale e generale della sifilide del sistema nervoso centrale ».

La Presse Méd., 6 sett. NOGUCHI. « Ricerche colturali sul virus della rabbia ».

Journ. d. Prat., 6 sett. GOUGEROT. « Nuove micosi ». — MONTEOUIS. « Apprezzamento del vegetarianismo sul terreno dell'igiene ».

Gazz. d. Osp., 7 sett. SCANDOLO. « Importanza del calcio nella genesi dell'ateroma e dell'arteriosclerosi e la loro cura colla dieta acalcica ». — 11 sett. FARINI. « Diabete insipido ed opoterapia ipofisaria ».

Bull. d. Scienze Med., sett. GAVINI. « Urticaria pigmentosa nell'adulto ». — PAZZI. « Dal campo ostetrico-ginecologico alle frontiere della pediatria e della eugenetica razionale ».

La Presse Méd., 10 sett. BURNAND. « Come si comporta il polmone " opposto ", nella cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale ».

Riv. di Ig. e di San. pubbl., 16 sett. BERTI. « Di una probabile micosi del piede da *Oospora hyalinula* ».

Zbl. f. Ther., sett. COLIN. « Sull'ormonal (ormone peristaltico) di Zuelzer ».

Le Bull. Méd., 10 sett. PLICQUE. « Le anemie della pubertà e loro trattamento ».

Rev. de Méd., 10 sett. BENON e LEGAL. « La demenza epilettica ». — KROKICWICZ. « Trattamento della tubercolosi ».

Rev. de Chir., 10 sett. BROCQ. « Cura cruenta delle anchilosi viziose del ginocchio ». — ROUBACHOW. « L'operazione di Freund nell'enfisema polmonare ».

L'Encéphale, 10 sett. DAVIDENKOF. « Contributo allo studio della sindrome lenticolare ».

L'Idrologia, ecc., n. 8. GALLENGA. « Azione di alcune acque minerali sulla secrezione pancreatica ».

Wien. Klin. Woch., 11 sett. RIEHL e SCHRAMEK. « Il radium in dermatologia ». — HYNEK. « Sull'azioue degli astringenti ».

Deut. Med. Woch., 11 sett. HERING. « Patologia della debolezza cardiaca ». — FULCI. « Natura del timo e attitudine rigenerativa di esso ». — STRAUSS. « Sull'esame funzionale del fegato ».

Derm. Woch., 13 sett. CRONQUIST. « Come agiscono i balsamici? ».

Riv. crit. di Clin. Med., 13 sett. TROTTA e CANTIERI. « I processi suppurativi nella febbre mediterranea ».

Paris Méd., 13 sett. MILIAN e SCHULMANN. « Coma cerebellare ». — GOUGEROT. « Piodermiti tubercoloidi ».

Il Morgagni, 13 sett. ROMANELLI. « La diagnosi delle malattie pancreatiche ».

Gaz. d. Hôp., 13 sett. WEISSENBACH. « Le meningiti eberthiane e le manifestazioni meningee della febbre tifoide ».

The Lancet, 13 sett. NICOLSON. « Sulla demenza criminale ». — RIDEAL. « Proposta di un metodo internazionale per la prova dei disinfettanti »

La Prov. Méd., 13 sett. CARLES. « Fluoro, alimenti e vino ».

Gazz. d. Osp., 14 sett. FARINI e ALLINEY. « Emazie granulose e sieroterapia antitubercolare ».

Il Cimento, 15 sett. CRISTALLI. « Proteggiamo la maternità ».

Med. Klinik, 14 sett. PFÖRRINGER. « Turbe affettive dei psicopatici ». — LANGSTEIN. « Le pieliti nell'età infantile ».

L'Ig. Sociale, 15 sett. GOSIO. « Considerazioni etiologiche sulla pellagra ».

Le Bull. Méd., 13 sett. POTTERAT. « Epididimite tubercolare ».

La Rif. Med., 14 sett. FARMACHIDIS. « Sulla genesi dell'ateroma aortico e sulle alterazioni del miocardio da esso dipendenti ». – GAVINI. « La cutireazione della sifilide ». — FAZIO. « Mioclonia epilettica familiare ».

Berl. Klin. Woch., 15 sett. FLEXNER e NOGUCHI. « Coltivazione del microrganismo della poliomielite epidemica ». — ZSCHUCKE. « La modificazione Müller-Brendel della reazione Wassermann nella malaria ».

Bull of the J. Hopk. Hosp. sett. HURWITZ. « Osteite deformante; malattia di Paget ». — KNOX. « Diabete nella prima infanzia ». — AUSTRIAN e FRIAD. « Produzione di ipersensibilità passiva alla tubercolina ». — THEOBALD. « Potere accomodativo sub normale ». — EVANS. « Sclerosi unilaterale dell'arteria polmonare ».

The Journal A. M. A., 13 sett. DUNKAM. « Il pneumotorace palliativo agevolato dalla stereoroentgenografia ». — MITCHELL. « L'anestesia locale ». — POPE. « L'idroterapia della fatica nervosa ».

Pathologica, 15 sett. GABBI. « Sulla identità clinica ed etiologica della Leishmaniosi umana e canina ». — SANGIORGI. « Melitococcia in Piemonte ».

La Presse Méd., 17 sett. NOGUCHI. « La reazione luetinica (cuti-reazione della sifilide) ».

La Sem. Méd., 17 sett. DE BOVIS. « La diagnosi delle salpingiti tubercolari ».

La Liguria Med., 15 sett. PESCI. « Studio röntgenologico delle stenosi del colon ». – VIDONI. « L'acido glicuronico negli epilettici ».

Journ. Méd. Français, 15 sett. « Numero sulle applicazioni recenti di fisioterapia ».

Il Morgagni, sett. D'ALESSANDRO. « Cirrosi d'origine tubercolare ».

Irpinia Med., sett. PERUGINI. « La pratica delle emorragie post partum ». — CARBONE. « La terapia della diarrea nei bambini ».

L'Attualità Med., 15 sett. ANTONINI. « L'evoluzione della tecnica e dell'organizzazione manicomiale ».

Ann. de Méd. et Chir. inf. 15 sett. GUIBÉ. « Rapporti fra appendicite e diverticolite ».

Wien. Klin. Woch., 18 sett. LEITNER. « La diagnosi precoce del carcinoma gastrico ».

Revue Neurol., 15 sett. RAÏMISTE. « Sciatica spinale ».

Rev. de Thér., 15 sett. LABBÉ. « Trattamento della gotta ».

Il fascicolo di ottobre 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. Ignazio Scalone**. - Ernia crurale strozzata della tromba uterina con sindrome d'ileo paralitico. Operazione. Guarigione.

II. **Dott. Nicola Leotta** - Sulle ferite del cuore.

III. **Dott. Giulio Dialti** - Appunti di tecnica sulla prostatectomia soprapubica.

IV. **Dott. Puglisi-Allegra Stefano** - Su alcuni casi di angina di Ludwig.

V. **Dott. Raniero Casali** - Contributo alla topografia del « sinus terminalis » della dura madre spinale con considerazioni chirurgiche.

VI. **Dott. Angelo Chiasserini** - Plastiche vasali con lembi liberi d'aponevrosi.

Il fascicolo di ottobre 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Prof. R. Massalongo e Dott. U. Gasperini** - Sulla osteo-artropatia ipertrofica pneumonica.

II. **Dott. G. Izar** - Un caso di ascesso polmonare venuto a guarigione mediante pneumotorace artificiale.

III. **Dott. Cesare Pezzi** - Considerazioni sopra due casi di dissociazione atrio-ventricolare completa.

IV. **Dott. T. Pontano** - Rapporti tra malattie da siero e fenomeni anafilattici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C

L. Pozz, resp.

Anno XX. Roma, 9 novembre 1913 Fasc. 45

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI CARPI
Sezione Chirurgica diretta dal prof. G. ZIRONI

Osservazioni sull'anestesia generale con l'etere solforico.

Nota clinico-statistica del dott. G. NANNINI, assist.

Da un materiale clinico di 1000 anestesie, prodotte con l'impiego esclusivo dell'etere, mi permetto fare emergere delle considerazioni atte a portare un contributo sulle qualità di questo liquido usato a scopo narcotizzante. Nelle 1000, rientrano 100, che sono state prima *particolarmente* e poi *in toto* prese in esame, per portare anche delle cifre nei risultati dell'impiego dell'etere, cifre che riguardano la quantità media del narcotico usato correspettivamente al tempo ed ai vari tempi dell'operazione.

Abituati dalla scuola e dai testi a considerare il cloroformio come il narcotico principe nell'anestesie generali, ma d'altra parte, obligati sempre ad essere cauti e circospetti nell'impiego di questo, appena gli studî ultimi hanno risuscitato la questione dell'etere o del cloroformio, come liquido anestetizzante, e hanno nuovamente glorificato e magnificato l'etere, noi abbiamo voluto esperimentare la narcosi eterea, prima in qualche caso, e poi, soddisfattissimi dell'esito, addirittura in tutti i casi capitati alla osservazione. Ne è risultata l'intima convinzione doversi l'etere usare sempre dove ci sia bisogno di una narcosi generale e dove non esistono lesioni bronco-polmonari gravi: per più ragioni: *prima,* per la facilità della somministrazione, *seconda,* per il decorso della narcosi, *terza,* per gli effetti immediati e postumi della narcosi stessa, *quarta,* per l'estensibilità di questa a tutti i casi per i quali sarebbe stato permesso e non permesso l'uso del cloroformio.

Per « somministrare » l'etere noi abbiamo usato la maschera del Julliard, ma ci siamo costantemente attenuti al metodo « graduale » o a « piccole dosi » abolendo del tutto quello « asfissiante » o detto anche « a gran-

di dosi » e cercando così, con modificazioni proprie, di tenere una via di mezzo, fra l'eterizzazione classica, e l'eterizzazione a gocce. Versando infatti nella maschera del Julliard l'etere a piccole dosi e ripetute spesso al principio della narcosi, diminuendo successivamente e per quantità e per frequenza, quando la narcosi vera ha avuto principio; tenendo sempre sollevata leggermente dal viso del paziente la maschera, e obligando così il paziente, tanto al principio che durante la narcosi, a respirare non più vapori puri di etere, ma etere misto ad aria atmosferica, la nostra esperienza ci dimostra, di avere così accoppiato in parte i vantaggi della narcosi « a gocce », coll'eliminazione degli inconvenienti del metodo « intensivo » colla maschera di Julliard.

La condanna per la «maschera di Julliard» e prima di oggi per l'eterizzazione in generale, fu dovuta massimamente al fatto di essere l'etere il fattore di molte turbe polmonari post-narcotiche: oggi dopo l'anestesia eterea col metodo Witzel, si è compreso non doversi l'etere, ma bensì il metodo di somministrazione seguìto, incolpare di queste complicanze polmonari. Gli studî e le statistiche del Mikulicz, del Witzel, del Salomoni, del Capurro, ecc. stanno a dimostrare questo fatto, e provano che le complicanze polmonari si verificano nella stessa media tanto dopo l'uso del cloroformio, quanto dopo l'uso dell'etere, e dopo l'anestesia locale e spinale, ribattendo l'accusa della specificità infiammatoria sul polmone, attribuita all'etere, e facendo emergere come siano piuttosto tutti gli altri fattori inerenti al trauma operativo, e alle condizioni d'ambiente che creano un « locus minoris resistentiae pulmonalis ». Certamente « il metodo intensivo », prima usato, riusciva dannoso, e spesso pericoloso e sopratutto perchè, senza la reclinazione forzata della testa, e nella preoccupazione del narcotizzatore di non far respirare al paziente dell'aria atmosferica, mal si evitava il pericolo dell'aspirazione del contenuto orale (muco, saliva, ecc., commisto alla flora batterica della bocca) nelle vie aeree superiori ed inferiori. Ma oggi usando o la eterizzazione «a gocce» colla maschera di Esmark, o quella « graduale » colla maschera del Julliard, mai tenuta ermeticamente chiusa sulla bocca del paziente, ma sempre ad una certa distanza da quella, usando la reclinazione forzata della testa indietro, e in ciò fare l'inalzamento della mandibola, lingua e laringe, e la posizione (come sempre noi abbiamo adottato) del paziente con i piedi rialzati e la testa in basso, si ovvia al pericolo dell'aspirazione e sue complicanze, e il risultato clinico lo ha dimostrato, poichè in 1000 e più anestesie coll'etere, soltanto un caso abbiamo avuto di bronco-polmonite grave, ma in stagione invernale ed in soggetto debilitato, dove forse più c'erano da incolpare le condizioni d'ambiente precarie, che l'irritazione dell'etere sulle vie respiratorie; nel rimanente dei casi il decorso post-operativo è sempre stato ottimo.

Noi ci siamo sopratutto attenuti al metodo suesposto, piuttosto che a quello « a gocce », per ragioni di economia di tempo e di costo: perchè così, mentre le modalità della somministrazione sono altrettanto semplici e comode, sì è ridotta d'assai la quantità del narcotico usato, e si è anche abbreviata la durata della narcosi, risparmiando sopratutto sul tempo del periodo iniziale, preparatorio, precedente alla narcosi vera: cosicchè, mentre su un materiale di 100 operazioni comprendente casi svariati e clinicamente importanti abbiamo avuto per una durata media di ogni narcosi di minuti 31 3/4 l'impiego di cmc. 101 1/2 di narcotico, del quale cmc. 53 1/2 sono abbisognati nel periodo iniziale, durato in media 7 minuti, mentre gli altri cmc. 48 sono stati sufficienti per condurre a termine l'operazione (corrispondente a minuti 23 3/4 di « tolleranza chirurgica »), nelle poche eterizzazioni a gocce abbiamo speso molto più tempo e molto più materiale, aggirandosi in media il periodo iniziale sugli 11-12 minuti, con lo impiego di 100, 120 cmc. di etere, con una quantità totale, a operazione compiuta, di più di 200 cmc.; mentre d'altra parte, per quello che abbiamo riferito di sopra siamo riusciti a carpire i vantaggi proprî dell'eterizzazione « a gocce ».

Il secondo grande vantaggio dell'uso dell'etere su quello del cloroformio, rispecchiante le modalità di « decorso della narcosi » riguarda varî fenomeni. Raccorciamento manifesto del periodo « preparatorio » *in toto* (7 minuti), e mancanza o assoluta brevità del periodo di « eccitamento ». Usando l'etere non si hanno di solito, al principio della narcosi, quelle reazioni muscolari veementi come per il cloroformio: il malato che si adatta fino da principio più facilmente all'odore caratteristico, e respira meglio, finisce spesso per passare nel « sonno vero narcotico » senza fenomeni reattivi o con ben pochi; e una volta iniziato il periodo di « tolleranza » la narcosi è calma,

profonda, accompagnata da assoluta risoluzione muscolare. Questa quiete assoluta si mantiene sopratutto colla reclinazione forzata della testa: così divengono rari i rantoli tracheali, non si ha cianosi, nè dispnea, ed eccezionalmente siamo costretti a sospendere il corso della eterizzazione. Nei nostri casi mai è abbisognato di intervenire col sussidio dell'ossigeno, nè con iniezioni stimolanti l'attività cardiaca, e per ciò non abbiamo sentito il bisogno di somministrare ai nostri pazienti, prima della narcosi, nè iniezioni morfiniche, nè clisteri alcoolici.

Per ciò che riguarda le «complicanze immediate» della eterizzazione, conviene ricordare come non si abbia quasi mai il vomito a molestare il corso del sonno narcotico e mai addirittura quell'indebolimento e quelle intermittenze di polso, non rare a riscontrarsi nei cloroformizzati. Sembra anzi che l'etere ecciti l'azione cardiocinetica; e infatti molte volte rimaniamo sorpresi, di quanto il polso guadagni di regolarià durante il sonno dato dall'etere, di conse guenza non si sono mai avuti nè fenomeni di collasso, nè di sincope, e questo lo dimostrano anche delle statistiche estesissime, quanto quelle di Gurlt, di Tilmanns, ecc. altrettanto manca il fenomeno della «sincope cardiaca primaria laringo-riflessa» che col cloroformio è uno degli accidenti, quantunque fortunatamente raro, pure altrettanto temibile quando capiti: chè se il respiro può arrestarsi, la causa è di origine respiratoria, e quindi non pericolosa. Ma pure i fenomeni di «apnea respiratoria» sono eccezionalmente rari: perchè i limiti della narcosi sono molto più estesi che non per il cloroformio; cioè la distanza fra dosi che dànno l'anestesia e dosi che compromettono la vita, è molto più breve per il cloroformio che non per l'etere e questo è un pregio grandissimo, di capitale importanza, permettendo, anche in mani poco esperte, di evitare il pericolo della *sopradose*.

Le «complicanze tardive» della eteronarcosi sono addirittura molto meno importanti e molto più rare che non per la cloronarcosi. Il «risveglio» avviene molto più rapidamente e in modo più completo che non dopo la cloroformizzazione: è difficile che il paziente continui a dormire oltre i cinque minuti primi dal termine della narcosi: passati i quali non rimane nè confuso, nè delirante, non presenta senso di ambascia, come non è tormentato che rarissime volte dal vomito. Se conati di vomito si hanno, per lo più questi sono poco intensi e durano poco: permettendo, di regola, trascorse le prime 5 o 6 ore, la somministrazione al malato di un po' di materiale liquido, e nei bambini e nei robusti, se il genere d'intervento lo permette, anche un po' di cibo che i giovani pazienti reclamano ardentemente, godendo ormai di un vero senso di benessere.

Il pericolo di «soffocazione» mentre il malato non è ancora risvegliato, per caduta della lingua indietro, non è stato da noi non solo visto, ma neppure sospettato. Come manca o è piuttosto raro il vomito, così manca la cefalea, la nausea e la sete ardente propria dei cloroformizzati.

Abbiamo detto di sopra le modalità di tecnica da seguirsi per ovviare a quelle complicanze polmonari che sono state il maggiore attacco di offesa contro l'eterizzazione, per cui credo inutile ritornarvi: abbiamo di contro la tanto attenuata tossicità dell'etere per il fegato, il rene e cuore da potere «*estendere*» il suo uso a una gran quantità di pazienti, per i quali con rischio avremmo potuto adoperare il cloroformio: e questo si dica per gli individui molto avanzati in età (70-75-80 anni), per individui con tare dell'apparecchio cardiaco dove l'etere talvolta ha maravigliato, facendo come da medicamento: elevando la pressione sanguigna, e agendo da vero cardiocinetico: per gli individui lesi nel ricambio materiale, con tare epatiche e renali, dove l'etere si può usare impunemente (mai abbiamo visto la degenerazione grassa del fegato o un peggioramento di una nefrite), e sopratutto poi per i bambini di tenerissima età (nei quali adopriamo la somministrazione del narcotico «a gocce» con la «maschera di Esmark»), dove poche gocce dànno un sonno profondo e non arrecano al paziente alcun disturbo nelle condizioni della vita vegetativa.

Per cui, tirando le conclusioni a questa succinta esposizione, conviene che io raccomandi al ceto chirurgico l'impiego dell'etere, che, nel razionale suo uso, non presenta che rari casi di contro-indicazione (lesioni bronco-polmonari di una certa importanza), là dove è indicata la narcosi generale: ma che anzi, dato il suo modo di comportarsi nell'organismo, riesce, relativamente agli altri anestetici, l'anestetico a cui sempre si deve ricorrere, a beneficio dei pazienti, e a tranquillità dell'operatore.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Intorno alla diagnosi dell'ulcera duodenale.

(ED. ALLARD. *Medizinische Klinik*, 1913, n. 14).

Da quando gli autori americani ed inglesi hanno messo in evidenza la frequenza straordinaria dell'ulcera duodenale, l'interesse per la sintomatologia di questa malattia è cresciuto anche fra noi: i risultati delle nostre osservazioni non ci hanno portati lontano dalle statistiche dei fratelli Mayo, di Moynihan ed altri. È interessante fermarsi ad esaminare le ragioni della discordanza delle opinioni circa la difficoltà della sintomatologia in rapporto alla diagnosi di questa malattia. Mentre i chirurghi suddetti ritengono sia singolarmente facile tale diagnosi e Moynihan pensa che ben poche malattie presentino una così chiara fenomenologia, Ewald e Bier sostengono che la diagnosi dell'ulcera del duodeno è nient'affatto semplice. Della stessa opinione sono F. Müller, Gruber, Crämer.

Purtroppo ben pochi dati sicuri possediamo per essa, e in vece quanti errori diagnostici sono stati commessi, e quante volte è stata diagnosticata un'ulcera duodenale inesistente e viceversa.

Naturalmente le cifre antiche non valgono più in confronto ai nuovi criterî diagnostici. Lo stesso Moynihan ancora nel 1905 riteneva che oltre il 20 % dei casi di ulcera duodenale rimanevano latenti, non diagnosticati, finchè recentemente è venuto ad ammettere l'opinione su ricordata. I fratelli Mayo fra centinaia di casi operati hanno avuto soltanto rari errori diagnostici. Fra 23 casi operati da Bier, in 13 la diagnosi fu riscontrata esatta. Secondo la statistica recente di Gruber, il reperto necroscopico su 53 casi di ulcera duodenale sezionati a Strasburgo negli ultimi 10 anni, soltanto il 15.3 % dei casi erano stati clinicamente diagnosticati, e soltanto il 10 % in 88 casi sezionati a Monaco. Ciò si spiega per il fatto che in genere ai chirurgi i casi clinici si presentano con quadri sintomatologici completi: ben altrimenti avviene in un ospedale. In moltissima parte dei casi di Gruber, l'ulcera duodenale era un fatto concomitante con gravi malattie generali, la gravità delle quali mascherava in parte la sintomatologia dell'ulcera. Dai risultati di ulteriori esperienze dobbiamo aspettare di poter trarre un rapporto più preciso fra i casi diagnosticati di ulcera duodenale e i casi veramente presenti.

Anzitutto è necessario mettersi d'accordo sulla sede vera dell'ulcera duodenale. È stato proposto di considerare come confine fra duodeno e piloro una piccola vena che costantemente decorre trasversalmente nel tratto intermedio; ma secondo le osservazioni di Kümmell è questo un segno molto incerto e convenzionalmente stabilito, per cui spesso secondo i criteri subiettivi di giudizio un'ulcera della regione può essere attribuita al duodeno od al piloro.

Fra i sintomi più importanti il dolore tiene il primo posto, secondo il giudizio degli inglesi e degli americani. Questo dolore intenso, crampiforme, trafittivo, terebrante si manifesta per lo più 3-4 ore dopo il pasto e dura circa un'ora, Però il primo inizio del dolore può oscillare da 1 a 4 e 5 ore dopo il pasto; ma quanto più tardi compare il dolore, tanto più probabile è la presenza dell'ulcera duodenale.

Spesso il dolore si presenta a stomaco vuoto, a digiuno: a questo particolare alcuni autori come Moynihan dànno un valore decisivo, altri, come Ewald non accordano alcuna importanza. Dopo il pasto della sera, i dolori notturni a stomaco vuoto sono ancora più caratteristici. L'ingestione di cibi o di sostanze alcaline li mitigano o li fanno cessare; e però il paziente suole avere con sè o tenere accanto al letto qualche biscotto o delle sostanze alcaline.

I dolori hanno sede nell'epigastrio, a destra della linea median o con irradiazione verso lo stesso lato. Mancano le irradiazioni dolorifiche verso la colonna vertebrale; sono state descritte irradiazioni del dolore verso la coscia destra. Il dolore può aver sede nella regione ombelicale.

Come si vede, questi dolori dell'ulcera duodenale hanno dei caratteri che noi sogliamo ritenere tipici per la iperacidità dello stomaco. Anche a questo proposito si sono affacciate idee estreme: si è voluto negare qualunque altra causa della ipercloridria e si è ammesso che questa sia semplicemente un sintoma dell'ulcera duodenale. Con questi concetti la diagnosi dell'ucera duodenale, basata su sintomi così poco caratteristici, diventerebbe ancora più incerta, ed una serie di malattie molto semplici, come per es. l'ipercloridria dei fumatori, sarebbero esposte a pericoli seri. Del resto è strano come i dolori dell'iperacidità possano assimilarsi con quelli dell'ucera duodenale: si differenziano sopra tutto per l'intensità e per l'ora della comparsa.

Molto caratteristico è il fatto che gli accessi dolorosi, con o senza trattamento alcuno, dopo un periodo più o meno lungo possono scompa-

rire, per ritornare poi all'improvviso. Ciò si avvera in genere in conseguenza di errori dietetici o per causa di raffreddamenti, tanto che secondo Moynihan queste recidive si hanno per lo più durante l'inverno. Questa periodicità degli accessi dolorosi è così caratteristica, che Moynihan dice che un'iperacidità intensa recidivante è propria dell'ulcera duodenale.

Un carattere d'importanza per la diagnosi differenziale con l'ulcera gastrica è che i pazienti di ulcera duodenale hanno buon appetito, sogliono avere fame, manca in genere in essi il dimagramento, e le loro buone condizioni generali contrastano con la presenza di una così grave affezione. Secondo l'A. invece per lo più si ha sempre un certo grado di denutrizione, e due dei suoi pazienti per la paura del dolore non sapevano che cosa mangiare. Dello stesso parere è Albu. Anche questo sintoma dunque è contradditorio, come molti altri sintomi dell'ulcera duodenale.

Gli autori sono invece d'accordo nel riconoscere la rarità del vomito dell'ulcera duodenale: ciò parla contro la possibilità della diffusione dell'ulcera duodenale dall'ulcera gastrica. In quest'ultima invece il vomito è molto frequente e tipico, e secondo l'esperienza dell'A. il primo vomito sul quale l'infermo richiama l'attenzione, spesso è un'ematemesi più o meno grave.

Gli autori inglesi ed americani ritengono che a nulla valgono i sintomi obiettivi, e che i dolori descritti bastino sempre alla diagnosi.

È importante anche il comportamento dell'acido cloridrico. Per lo più è stata riscontrata ipercloridria, spesso anche acidità normale ma delle volte anche ipoacidità e fu osservata persino mancanza di acido libero. Dal comportamento dell'acidità gastrica dunque non abbiamo dati di valore sicuro per la diagnosi in esame. Forse l'intensità varia dei dolori è in rapporto col grado di acidità; e forse la frequente latenza dell'ulcera duodenale si spiega con l'acloridria.

Di maggior valore è il dolore alla pressione, che si ha all'epigastrio lateralmente a destra della linea mediana, o nella linea mediana con irradiazioni verso destra. Se il dolore alla pressione manca, esso sempre si risveglia, secondo Moynihan, durante l'accesso di dolore spontaneo. La zona di iperestesia descritta da Mendel nella stessa ragione non è stata da altri confermata.

Recentemente Albu ha descritto come un fenomeno patognomonico, nei periodi degli accessi dolorosi, un forte grado di insufficenza motoria dello stomaco. Anche a stomaco digiuno, si riscontrano residui alimentari con tutti i fenomeni della stasi gastrica, fermentazioni, ecc. Ciò è dovuto allo spasmo del piloro, che dev'essere anche considerato fra la cause dei dolori.

Alla radioscopia l'A. ha osservato che il comportamento dello stomaco in genere ha una particolare importanza per la diagnosi dell'ulcera duodenale.

Per processi ulcerosi del tratto gastro-enterico, è strano come nella letteratura si abbiano poche ricerche intorno ad un sintomo d'interesse capitale, le emorragie. Ciò è dovuto in parte al fatto che gli inglesi e gli americani dànno nessun valore speciale ai sintomi obbiettivi, e perciò non hanno fatto ricerca speciale delle emorragie occulte. Non ogni emorragia, come pensa Moynihan, ma soltanto le emorragie abbondanti dovute a rottura dell'arteria pancreatico-duodenale sono da considerarsi come complicazioni della malattia.

È da ritenere che in ogni ulcera aperta molto spesso si può essere sicuri di avere una piccola fuoruscita di sangue, che in date circostanze è dimostrabile nelle feci. Se non si fa l'esame delle feci, una minima quantità di sangue può sfuggire all'osservazione. Il reperto di sangue nelle feci in casi di mancata emorragia nello stomaco è fra i migliori segni diagnostici dell'ulcera duodenale.

A prova migliore della sede dell'ulcera nel duodeno, Einhorn prende un filo di seta bianca lungo cm. 75, lo lega ad un estremo col suo panierino e lo fa inghiottire, indi lo fissa con l'altro estremo all'arcata dentaria. Lo lascia *in situ* durante la notte, di modo che esso si tinge in rosso se si verifica un'emorragia: se si tinge a 55-65 cm. di distanza dall'arcata dentaria, l'emorragia ha sede nel duodeno. Questa ricerca però ha valore molto relativo.

La sonda duodenale di Einhorn e Lazarus, e la cannula duodenale di Gross sono mezzi non scevri di pericolo: Gross però ha potuto dimostrare la presenza di sangue nel contenuto duodenale in 4 casi su sei, mediante l'aspirazione.

L'autore ha cercato di provare l'esistenza dell'ulcera del duodeno mediante la colazione di prova con l'olio. Secondo le osservazioni di Boldyreffs sui cani, che poi sono state applicate con successo in clinica da Volhard, Ehrmann, Lewinski ed altri, si sa che dopo l'introduzione nello stomaco di una grande quantità d'olio, si ha il rigurgito nello stomaco del succo pancreatico e del contenuto duodenale. Questo metodo si utilizza in clinica per raccogliere il succo pancreatico. Con questo metodo è stata dimostrata

la presenza di sangue nel contenuto duodenale, mentre con le comuni indagini nel contenuto gastrico non si è trovata traccia di sangue.

L'A. riferisce brevemente tre casi clinici che dimostrano l'utilità e la praticità di questo metodo.

Non è questo un sintomo costante (anche l'A. non l'ha trovato in altri due casi), ma certo ha una importanza notevole.

All'esame radioscopico, secondo le comunicazioni di Haudek, Bier ed altri, si trovano nell'ulcera duodenale speciali alterazioni, a carico dello stomaco e del duodeno, che possono giovare alla diagnosi in esame. A carico dello stomaco sono stati osservati: ptosi, spostamento a destra, residuo alimentare dopo sei ore e più dai pasti di prova, e un vuotamento rapido dello stomaco subito dopo l'ingestione del cibo, ciò che indica un'esagerazione della motilità del duodeno. In corrispondenza del duodeno si osserva un ostacolo al passaggio della sospensione di bismuto benchè l'entrata nel duodeno sia libera, l'ombra del bismuto sempre presente nel duodeno a volte sotto forma di zaffi, e quivi sempre frequente il dolore alla pressione, infine la forma dell'ulcera impregnata di bismuto sulla parete del duodeno. Naturalmente vi sono dei casi in cui questi segni mancano, e la radioscopia fornisce dati fallaci.

Nella diagnosi differenziale, oltre l'ulcera gastrica, bisogna prendere in considerazione anche l'appendicite e la colelitiasi.

In conclusione, si può dire che tutti questi sintomi non ci dànno mai la sicurezza assoluta nella diagnosi dell'ulcera duodenale. A ragione gli americani e gl'inglesi mettono in prima linea gli accessi di dolore; ma non sono neppure privi di valore i sintomi obiettivi.

Bier ritiene che la causa principale della sproporzione fra le statistiche nostre e quella degli anglo-americani consiste nella differenza dei metodi diagnostici adoperati.

Alcuni autori inclinerebbero all'idea della laparotomia esplorativa: l'A. non crede che l'esempio degli americani sia da imitarsi, fondandosi soltanto sui dati anammestici.

Tutte le osservazioni finora fatte dimostrano che all'ulcera duodenale manca ancora un complesso sintomatico caratteristico, costante e non fallace. L'enorme letteratura degli ultimi anni ci dà la misura del bisogno di nuove conoscenze per la diagnosi di questa malattia, alla quale può essere utile in alcuni casi il metodo usato dall'autore.

S. P.

Risultati immediati e lontani della cura chirurgica dell'ulcera gastrica o duodenale.

(CAILLÈ, DURAND e MARRE. *Arch. maladies appareil digestif*).

Per apprezzare i risultati ed il valore dell'intervento chirurgico nella cura delle ulcere della regione pilorica, non basta fare in una statistica globale, il percento dei successi e degli insuccessi, nè far dipendere i risultati dalla sede esatta dell'ulcera, e dalla varietà clinica della sindrome che ne deriva. Gli esiti immediati o lontani dell'operazione dipendono: 1° dalla sede dell'ulcera; 2° dall'antichità della stenosi, e del grado di perturbazione da questa apportata alla motilità gastrica; 3° dalla igiene del malato: regime alimentare, ed igiene di vita; 4° dalle modificazioni che determina l'operazione nella funzione motoria dello stomaco. Vi sono, insomma, da un lato condizioni dipendenti dalla malattia, ed anteriori a l'operazione, e dall'altro condizioni dipendenti dal malato operato e dalla operazione.

Riferendoci alla *sede* soltanto dell'ulcera stenosante, sembra che la proporzione dei successi clinici sia più elevata nelle ulceri iuxta-piloriche che in quelle francamente piloriche. L'*età* dell'ulcera e più ancora dei fenomeni di stenosi ha sensibile influenza sulla bontà dei risultati dell'intervento: nelle ulcere e stenosi antiche le turbe dispeptiche ricompaiono dopo l'operazione in 1/4 dei casi; nelle ulcere croniche del piloro con stenosi recenti soltanto in *un nono* dei casi operati; nelle ulcere giovani con stenosi recenti mancano affatto le turbe dispeptiche post-operatorie, così pure la *dilatazione gastrica* permane più facilmente negli operati, quanto più è antica l'ulcera e la stenosi.

Nella comparsa di turbe digestive negli operati hanno grande importanza gli eccessi nell'alimentazione, i lavori faticosi, gli sforzi corporei.

Lo scopo della gastro-enterostomia (operazione quasi esclusivamente pratica nella malattia in parola) è quello di ristabilire il transito normale dell'alimento dallo stomaco allo intestino. Essa cagiona spessissimo l'alcalinizzazione, o quanto meno neutralizza il succo gastrico iperacido per il reflusso della bile e del succo pancreatico. Non pare che siano sufficienti a spiegare le turbe post-operatorie nè la soppressione di questa neutralizzazione, nè l'assenza più o meno tardiva di funzionamento della bocca anastomotica. In parecchi operati, con turbe dispeptiche intensissime, si è quasi sempre riscontrata ipoacidità. Se non pare che vi sia

rapporto tra la sede dell'ulcera, la natura cicatriziale o spastica della stenosi, e la funzione della *bocca* operatoria, non sembra nemmeno che vi sia nella maggioranza dei casi un rapporto definitivo tra le sindromi dispeptiche postoperatorie ed un disturbo passeggero, o una cessazione di funzione della *bocca*. Questa asserzione è fondata sull'eguale frequenza di funzionamento dell'anastomosi negli operati che più non soffrono, ed in quelli che soffrono di nuovo, perchè agli autori pare presunzione, in materia di esame radiologico dedurre l'occlusione della *bocca* dal fatto che non la si è vista funzionare; solo i fatti positivi hanno un valore assoluto, e di questi soli occorre tener conto. Per la medesima ragione, non si può parlare di impermeabilità assoluta del piloro dopo l'operazione; quello che si può affermare è la frequenza relativa della simultanea funzione del piloro e della *bocca operatoria*, poco dopo o dopo molti anni dall'intervento, e tanto negli operati che più non soffrono, quanto in quelli che hanno ricominciato a soffrire dopo l'operazione.

A spiegare la patogenesi degli accidenti lontani, presentati da alcuni operati, si può portare l'ipotesi della impermeabilità prolungata o definitiva della bocca anastomotica. La stenosi spastiche da ulcera prepilorica sono anche, se non più spesso guarite dopo l'intervento, che non le stenosi da cicatrizzazione di un'ulcera del piloro medesimo. Il fattore preponderante della prognosi e del valore dell'intervento pare risieda sopratutto nell'età dell'ulcera e più ancora in quello della stenosi: le stenosi recenti dànno i migliori risultati.

Gli accidenti o le turbe dispeptiche, osservate più o meno lungo tempo dopo l'operazione, possono essere divisi in quattro gruppi, di differente importanza. Gli uni sono certamente di origine ulcerosa e dipendono o dalla persistenza di attività dell'ulcera stenosante, o dal risveglio dell'ulcera anticamente stenosante, o dall'esistenza di una nuova ulcera. Altri, relativamente più numerosi, sono paragonabili ai sintomi presentati prima dell'operazione, e costituiscono una sindrone pilorica attenuata, su cui hanno influenza indiscussa gli eccessi alimentari ed i lavori faticosi. Più frequentemente degli accidenti o delle turbe surriferite, si presentano dei fenomeni mal caratterizzabili di dispesia: pesantezza e ripienezza epigastrica, malessere generale ad ore non fisse, rigurgiti frequenti, cefalea, stato di depressione psichica, inattitudine al lavoro, diarrea. Questi sintomi appaiono generalmente poco dopo l'operazione in rapporto con la ripresa della alimentazione normale, e dispaiono dopo qualche settimana o mese. In tutti questi infermi gli autori hanno riscontrato uno stomaco del tipo atonico, dilatato, postico.

Una quarta varietà di accidenti post-operatorii, che dipende veramente dall'operazione stessa, è la *diarrea*. Dipende essa da una specie di incontinenza della bocca gastro-digiunale, dalle sue dimensioni, dall'atonia della muscolatura gastrica? Si deve invece attribuire a turbe secretorie secondarie del pancreas? Pare che tutti questi fattori debbano agire simultaneamente.

Nella quasi totalità dei casi di stenosi pilorica antica o recente, completa od incompleta, dovuta ad un'ulcera cicatrizzata, od in evoluzione, del piloro o della regione pilorica, la *gastro-enterostomia* è stata seguita più o meno immediatamente da una guarigione completa o quasi. In questo secondo caso il più spesso residuarono, nei casi degli autori, leggere turbe dispeptiche generalmente passeggere.

G. QUARTA.

Sulla recidiva delle ulcere dopo la gastroenterostomia da stenosi non neoplastica del piloro.

(MOVEAU. *Arch. de chirurgie*).

È relativamente frequente la recidiva dell'ulcera dopo la gastro-enterostomia per stenosi pilorica non neoplasica, donde le dispepsie gravi dei gastro-enterostomizzati, e la scomparsa dei benefici ottenuti coll'operazione. Sull'argomento vi sono numerosi lavori, che però si occupano quasi esclusivamente dell'ulcera peptica del digiuno (Tiégel, Vaquez, Gosset, Schostach, Lion).

Più di frequente nell'uomo la recidiva non dipende da eccessi alcoolici o da eccessi di alimentazione, ma dipende da la persistenza delle condizioni che determinarono l'ulcera primitiva, restando detti infermi degli iperpeptici. Il reflusso dei liquidi intestinali nello stomaco, ostacola indubbiamente la recidiva, ond'è che il processo operatorio posteriore di Von Hacker è il migliore di tutti, ma la recidiva si può verificare anche con questo metodo perchè nemmeno questo ha una azione certa sul chimismo gastrico.

La regione del *neo-piloro* è la sede di elezione delle ulcere dopo la gastro-enterostomia, il che dipende dagli attriti ripetuti, dai traumi leggeri, ma continui del punto anastomotico e delle pareti vicine gastriche e intestinali. Dal punto di vista anatomico, si possono classificare queste ulcere in: ulcere perforanti con peritonite diffusa; ulcere stenosanti; ulcere aderenti con peritonite adesiva a piastrone, o complicantisi con fistola gastrica, o digiuno-colica. Le ulcere

stenosanti occupano tutti, o parte dei bordi della bocca gastro-digiunale, la stenosano fino alla sua distruzione completa con obliterazione terminale. Le ulcere aderenti con piastrone si osservano solo dopo la Von Hacker. L'ulcera, digiunale, gastrica, o dell'orificio aderisce per una placca di perigastrite, a sinistra dell'ombellico, alla parete addominale. Le aderenze si possono facilmente rompere col dito; si cade così in una cavità, che comunica col tubo digestivo ed il cui fondo circondato da bordi duri e callosi è scavato in pieno muscolo retto. Talvolta la parete è completamente perforata, e una fistola gastrica si stabilisce. Le fistole gastriche e digiuno-coliche sono una complicazione della Von Hacker. Non presentano esse aderenze con la parete e con le anse intestinali che sono sede della fistola; queste sono libere nel peritoneo. Se la fistola si è formata vicino all'anastomosi operatoria, il colon trasverso fissato indietro, alla sommità dell'ansa del digiuno anastomizzata, ha contratto in alto ed in avanti aderenze con la grande curvatura. Il mesocolon ed il legamento gastro-colico, retratti ed ispessiti, formano nell'angolo di unione del digiuno e del grosso intestino come un sperone che contribuisce alla stenosi. Se la fistola invece si forma lontana dall'anastomosi operatoria, il mesocolon non presenta nè ispessimento nè retrazione; il colon non aderisce allo stomaco, e ne ricovre tutta la parte mobile quando questa si separa dal digiuno. Una terza particolarità è la stenosi costante del colon trasverso, per l'ispessimento delle pareti intestinali.

L'ulcera può recidivare dopo pochi o molti anni e si manifesta o con sintomi gastrici o intestinali, o con complicazioni: perforazione brusca, o fistola digiuno-colica. I sintomi gastrici, presentano la più grande analogia a quelli delle ulceri del piloro. I vomiti ematici, incostanti, compaiono tardivamente. Il vuotamento dello stomaco a digiuno rivela sempre un certo grado di stenosi, il liquido estratto è iperacido, è più o meno abbondante, e contiene residui alimentari ben visibili.

I sintomi intestinali sono la conseguenza della stenosi del grosso intestino; sono segni di occlusione cronica incompleta, più o meno intensi. Vi ha diarrea, abbondante e ripetuta, ribelle a tutte le cure, alternantesi con periodi di stipsi ostinate. Le feci non sono mai lienteriche, nè con sangue; hanno colore giallastro, o biancastro, e sono semi-liquide. Nelle fistole alla sindrome dell'occlusione cronica completa si aggiungono vomiti ed eruttazioni di odore fecaloide. Non è mai troppo l'insistere sulla gravità della recidiva dell'ulcera dopo la gastro-enterostomia: peritonite diffusa, stenosi del neopiloro, fistole digiuno e gastro-coliche possono esserne le conseguenze.

La *diagnosi delle recidive* è facile. L'anamnesi remota, le turbe dispeptiche gravi, e sopratutto il reperto del vuotamento dello stomaco a digiuno, e la localizzazione del dolore a sinistra dell'ombellico dopo 2-3 ore dal pasto, sono dei mezzi di diagnosi eccellenti.

La cura sarà medica e chirurgica. Regime dietetico, preparati di bismuto. L'intervento chirurgico è vario e complesso: resezione gastrica o intestinale e formazione di una nuova bocca; distruzione di una fistola, ed entero-anastomosi per stenosi del colon, ecc.

G. Q.

SIFILOGRAFIA.

Paralisi progressiva e sifilide.

(H. NOGUCHI. *La Presse Médicale*, 4 ott. 1913).

È noto che la paralisi progressiva è un'affezione ben determinata del sistema nervoso centrale, legata etiologicamente alla sifilide.

È noto che la paralisi progressiva termina inevitabilmente con la morte, che colpisce gli uomini con una frequenza quattro volte maggiore della donna, che si manifesta nel pieno vigore della vita, e che nella proporzione dal 15 al 30 % gli alienati ricoverati nei manicomi sono affetti da questa malattia.

Numerose e differenti teorie sono state sostenute intorno alla patogenesi della paralisi progressiva, senza giungere mai alla soluzione del problema.

Benchè le statistiche provino che essa si sviluppa nei soggetti sifilitici, non esisteva fino a qualche tempo fa la prova decisiva della natura specifica di questa malattia. Le scoperte citologiche, biochimiche e sierologiche hanno reso più stretto il rapporto fra la sifilide e le manifestazioni così dette parasifilitiche; ma mancava ancora la dimostrazione dell'agente causale della sifilide.

Le osservazioni di Nonne, Fournier, Krafft-Ebing ed altri sulla forma giovanile della paralisi progressiva e la sua stretta parentela con l'eredosifilide, e le osservazioni di Zambaco, Binswagger, Hübner ed altri sulla esistenza simultanea di manifestazioni luetiche e paralitiche indicavano strettamente la natura specifica di questa affezione. La osservazione di Krafft-Ebing

che i paralitici resistono all'infezione sifilitica è importante, perchè ricollega il processo morboso della paralisi progressiva a quello della sifilide attiva.

La soluzione del problema del rapporto fra la sifilide e la paralisi generale dipendeva dunque dalla dimostrazione della spirocheta pallida nelle lesioni di questa malattia. Molti insuccessi si erano avuti in queste ricerche.

Questa dimostrazione fu fatta recentemente da Noguchi, e poi, con tecnica migliorata, è stata confermata da Marinesco e Minea, da Marie e Levaditi ed altri.

Si può dire che nella paralisi progressiva si ha una spirochetosi diffusa a tutto il cervello, localizzata sopratutto nelle zone corticali. Si vede spesso che le cellule nervose contengono una o più spirochete, mentre le pareti dei vasi sanguigni sono integre.

Alla presenza della spirocheta nel parenchima nervoso sono dovuti le alterazioni istologiche ed i sintomi osservati nel corso della malattia.

Le proprietà biologiche della spirocheta pallida dimostrata nella paralisi progressiva sono di una speciale importanza.

Gli autori che sostengono la origine sifilitica della paralisi generale e della tabe s'appoggiano in generale sulla benignità della sifilide nei primi stadi, primario e secondario. Essi pensano che la spirocheta che più tardi aggredirà il sistema nervoso centrale possegga un'affinità elettiva specifica per quest'ultimo. Sono noti i famosi casi osservati da Brosius, nei quali si trattava di parecchi lavoratori del vetro infettati alla stessa sorgente, colpiti in seguito tutti quanti da paralisi, tabo-paralisi o sifilide cerebro-spinale. Si può ritenere dal punto di vista pratico che vi sia un *virus nervoso* fra le spirochete pallide, ma ciò non è dimostrato da nessun dato di fatto.

Per stabilire la patogeneità e poi le proprietà biologiche delle spirochete osservate nel cervello dei paralitici, il Noguchi ha eseguito una serie di esperienze. Ha inoculato 36 conigli con emulsioni di sei cervelli di paralitici. In due dei conigli inoculati col materiale ottenuto da un cervello paralitico ha osservato, dopo 97 e rispettivamente dopo 102 giorni, un'indurazione tipica nel testicolo e nello scroto. Nel primo caso le spirochete erano poco numerose; nel secondo erano molto abbondanti. Come si vede, le manifestazioni si ebbero con una lentezza straordinaria.

In un'altra serie di casi il periodo d'incubazione fu anche di circa tre mesi.

Queste esperienze dimostrano le proprietà infettive delle spirochete presenti nel cervello dei paralitici e la loro debole virulenza per il coniglio.

Graves è riuscito a provocare la cheratite ed un'eruzione papulosa nel prepuzio del coniglio inoculando il sangue di paralitici.

Da tutto ciò non possiamo conchiudere in favore dell'esistenza di una specie di spirocheta specifica per il sistema nervoso centrale, ma abbiamo la prova delle proprietà infettanti della spirocheta della paralisi generale.

È sempre sconosciuta la causa del lungo intervallo fra il contagio della sifilide e la manifestazione della paralisi progressiva (in media da 8 a 12 anni).

Alla risoluzione di questo problema il Noguchi ha eseguito un' altra serie di ricerche sperimentali.

Il sistema nervoso centrale delle scimmie e dei conigli è fortemente refrattario alla sifilide quando anche il virus sia introdotto direttamente nella sostanza cerebrale. La maggior parte degli animali restano in perfetto stato di salute per un periodo di tempo indefinito dopo questa inoculazione.

È probabile che questi animali abbiano bisogno di essere sensibilizzati prima che la spirochete pallida possa infettarne il cervello.

Per questa considerazione il Noguchi ha fatto a questi animali una serie di iniezioni endovenose di spirochete pallide morte e viventi, e dopo un intervallo di cinque mesi egli ha fatto una inoculazione intracerebrale di emulsione di sifiloma testicolare.

Queste esperienze furono fatte in 12 conigli. Altri 4 conigli non sensibilizzati furono inoculati allo stesso modo per controllo. Tutti i conigli, per un periodo di due mesi, si conservarono in condizioni invariate; poi alcuni degli animali cominciarono a diventare torpidi, inattivi, emaciati, con spasmi degli arti inferiori ed atassia. Queste manifestazioni ebbero carattere progressivo: al 3° mese i conigli non si muovevano più.

In alcuni la reazione di Wassermann divenne positiva.

I conigli di controllo non presentarono nessun fenomeno morboso.

Dopo 3-5 mesi furono sagrificati gli animali: vi furono riscontrati nei vari casi segni di me-

ningite essudativa non purulenta diffusa, atrofia unilaterale dei lobi frontali, piccole chiazze sclerotiche, indurimento diffuso della sostanza cerebrale.

La dimostrazione della spirocheta pallida non fu facile, ma fu positiva col metodo del Levaditi.

Le alterazioni istologiche consistevano in una proliferazione endoteliale ed infiltrazione perivascolare, analogamente a ciò che si osserva nella paralisi generale umana.

Queste esperienze indicano che la sensibilizzazione rende vulnerabile all'invasione della spirocheta pallida il sistema nervoso centrale d'animali che altrimenti sarebbero ad essa refrattari. Ciò non è privo d'importanza per la interpretazione della patogenesi della paralisi generale progressiva.

P. SABELLA.

MEDICINA.

L'intossicazione tabagica.

(WAUCOMONT. *Le Scalpel*).

Il tabacco contiene sette od otto alcaloidi, di cui il più importante è la nicotina, un derivato della piridina. Nella foglia di tabacco una parte della nicotina si trova allo stato libero, il resto sotto forma di combinazione organica (malato e citrato). Le foglie fresche ne contengono una quantità maggiore che non quelle preparate, in queste la percentuale è variabilissima, ma non è assolutamente vero che i sigari cosidetti forti ne contengano una quantità maggiore dei sigari dolci.

Lehman e Weger dicono che mentre di questi si assorbe solo il 9 % della nicotina contenuta, dei forti si assorbe il 10 %, ma la ragione del fatto va ricercata non nel valore del contenuto, ma nello stato della mucosa assorbente: questa stimolata e irritata dagli elementi accessorî che si formano nella combustione dei sigari forti (ammoniaca, basi piridiche), è messa in condizioni di resistenza minorata e quindi l'assorbimento è facilitato.

Il fumo del tabacco contiene il 75 % di nicotina trasformata, contiene anche piridina, anidride carbonica, ossido di carbonio e acido cianidrico, il quale ultimo mancherebbe secondo Habermann, solo nel fumo di pipa. Cento grammi di tabacco russo hanno dato a Pontag 8 milligrammi d'acido cianidrico e 4124 cmc. d'ossido di carbonio; una sigaretta russa del peso di grammi 0.50 ha dato 18 cmc. di OC e milligrammi 45 di nicotina. Nella combustione del tabacco si libera inoltre ammoniaca, in dose venti volte maggiore nel sigaro che nella sigaretta; nelle foglie di tabacco infine si ritrova dal 5 al 10 % di sali di potassio.

Le ricerche farmacologiche anche recenti si accordano nell'attribuire tra tutti i composti tossici del tabacco, il danno che deriva all'organismo, alla nicotina, che si assorbe per la mucosa, aspirata col fumo. Se i fenomeni tossici sono anche meno gravi di quanto potrebbero essere, s'è perchè:

1° una forte quantità della nicotina sfugge col fumo che s'eleva dal punto della combustione;

2° una parte si condensa per raffreddamento nella sezione fresca del sigaro e lungo il tubo della pipa o del portasigari;

3° la nicotina, in parte, si combina con altre sostanze formatesi dalla combustione e principalmente con la formaldeide per formare un composto incerto. Quella parte di nicotina assorbita è rapidamente eliminata, secondo alcuni in parte fissata e distrutta dal fegato.

L'azione tossica immediata del tabacco è innegabile e si può scorgere facilmente dagli effetti che ha sul sistema nervoso il fumo del primo sigaro sul giovinetto che s'inizia: egli impallidisce, grosse gocce di sudore gli imperlano la fronte, la saliva abbondante gli riempie la bocca, il polso celere, talora rallentato, finalmente vomito e talora anche diarrea: vi ha adunque un'eccitazione generale del sistema nervoso, dei nervi vasomotori, secretori, cardiaci, dei nervi che presiedono alla peristalsi intestinale.

A tale stimolo però facilmente l'organismo diviene tollerante, non v'ha un vero mitridatismo per la nicotina.

I disturbi più importanti che interessano direttamente il pratico sono i *candiovascolari*: sperimentalmente il tabacco è capace di eccitare prima, quindi di paralizzare i nervi cardiaci, sia i moderatori che gli acceleratori, anche l'eccitabilità dei muscolo cardiaco stesso è aumentata come hanno dimostrato Werthelmer e Colas.

L'intossicazione tabagica agisce sul sistema arterioso provocando sul principio una caduta

della pressione in rapporto con la bradicardia, quindi un forte rialzo della pressione che coincide con l'acceleramento del polso, dovuto all'eccitazione dei centri vasomotori midollari e a quelli del sistema vasocostrittore che occupa le stesse pareti arteriose: la vasocostrizione risparmierebbe le arterie cerebrali e le polmonari: quindi si giunge alla paralisi, con vasodilatazione e caduta della pressione. Clinicamente il fatto più sensibile, talora anche all'ammalato è la tachicardia. Possono insorgere delle crisi pseudo-anginose con senso di grave angoscia, che possono anche assumere un carattere drammatico tanto da far credere al paziente d'essere affetto da vera organica angina di petto.

L'esame del malato fa notare talora la presenza di irregolarità del polso da extrasistoli: angina ed extrasistoli scompaiono, se si abolisce completamente il fumo.

Lunga discussione v'è stata e dura ancora se il tabacco possa per sè esser causa di arteriosclerosi: la dimostrazione nè clinica nè sperimentale è possibile; certo si deve pensare che i continui insulti alle arterie provenienti dai mutamenti di pressione e dalla vasocostrizione prolungata sono cause tali da far pensare che il fumo favorisca il processo di sclerosi arteriosa.

Il fumatore, oltre ai disturbi cardio-vascolari, ha spesso disturbi digestivi: perde l'appetito, accusa un senso di pressione e di ripienezza gastrica, non è raro vedersi sviluppare degli stati dispeptici.

Il gusto è anche notevolmente alterato. Cramer ha osservato che variano le turbe digestive a seconda della quantità del fumo: l'uso smodato del tabacco porta rapidamente all'insufficienza motoria gastrica e alla costipazione spastica, invece negli individui che fumano poco, aumenta la motilità gastro-intestinale (diarrea).

Coloro che « ciccano » presentano spesso diminuzione notevole dell'HCl gastrico che può andare fino all'acloridria: dal punto di vista meccanico e clinico il tabacco dunque danneggia le funzioni del tubo gastro-enterico.

È dubbio ancora se il tabacco possa essere causa di aborto; la maggior parte degli AA. pensa che ad esso sono da attribuirsi sicuramente disturbi intestinali.

Circa ai disturbi del sistema nervoso, lasciando da parte i psichici, ricorderemo la cefalea, l'emicrania, la vertigine, disturbi nel sonno, più raramente sincope od accidenti epilettiformi.

Tra i disturbi motorî: tremori, crampi.

A carico degli occhi l'ambliopia nicotinica, e specialmente se l'individuo è un alcoolista, l'ambliopia nicotinico-alcoolica.

Pare che gl'individui tarati (alcoolisti, sifilitici, diabetici) risentano danni assai più gravi da lievi intossicazioni niconitiche, del normale.

Il tabacco è quindi da proscrivere nei cardiaci, negli arteriosclerotici, nei sifilitici, nei diabetici.

Dal punto di vista medico la nicotina è stata talora provata ed utilizzata (occlusione intestinale, malattie cutanee), ma s'è visto che mentre gravi possono essere gl'inconvenienti scarso o nessuno era il vantaggio.

T. PONTANO.

MEDICINA SOCIALE

La visibilità dei segnali colorati delle strade ferrate.

(E. GINESTOUS. *Progrès Méd.*, n. 32, 1913).

L'autore si occupa, in questo studio, della visibilità dei colori prescelti per le segnalazioni nelle strade ferrate, e della possibilità che essi si prestino a confusione. Le sue osservazioni si riferiscono a persone, come i ferrovieri, che posseggono il senso cromatico normale, ciò che è accertato con rigore da tutte le Compagnie con apposita visita medica.

Non esistono in Francia dati statistici esatti sul numero di accidenti ferroviarii dovuti a falsa interpretazione di colori.

Le relazioni industriali dànno, nel quinquennio 1905-1909 una cifra di 682 disastri causati da inosservanza di segnali (pari al 9.5 per cento di tutti gli accidenti) e probabilmente dovuti, secondo l'autore, in massima parte a confusione di colori.

La segnalazione per i treni, in Francia, è fatta a mezzo di bandiere, dischi, segnali quadrati, semafori, di giorno; e da lumi colorati di notte, o isolati, o applicati ai segnali fissi diurni. I colori stabiliti dal Codice di uniformità dei segnali sono: il rosso per la fermata assoluta; il verde per il rallentamento; il bianco per la via libera. Il segnale a scacchi verdi e bianchi, illuminato per trasparenza di notte, indica la bi-

forcazione d'una linea, o serve per annunziare la prossimità di segnali di fermata assoluta. Il segnale giallo indica fermata nelle linee non percorse da treni in corsa. Segnali violetti indicano la direzione degli aghi degli scambi.

Da alcune società è anche adoperato il colore bleu sia per indicare (Comp. del Mezzogiorno) che l'ago d'uno scambio è disposto in modo da dare il cambiamento di direzione, sia per indicare (Paris-Lyon-Méd.) il cambiamento di direzione dei treni in una stazione.

Critica dei segnali colorati. — Alcuni autori (Martin, Galezowski) dichiarano che, malgrado tutte le precauzioni prese dalle Società ferroviarie, può capitare che i loro impiegati siano affetti da anomalie dannose del senso cromatico. Da qui la necessità che si scelgano colori di segnalazione che siano confusi meno facilmente.

L'anomalia congenita più frequente è la discromatopsia; in questa categoria i ciechi per il rosso ed il verde (daltonismo) predominano; di conseguenza proprio i colori che hanno una maggiore importanza nelle segnalazioni, sarebbero quelli più frequentemente soggetti ad essere confusi.

Oltre alle anomalie congenite del senso cromatico, ve ne sono numerose altre che sopravvengono in dati stati patologici.

In alcune affezioni oculari, infatti, come nell'atrofia del nervo ottico, si ha alterazione nella percezione del rosso e del verde; nella retinite albuminurica si ha qualche volta la cecità per il bleu e nella retinite diabetica l'abolizione del senso cromatico; nel distacco retinico si confondono il verde e l'azzurro. Nelle intossicazioni alcooliche e nicotiniche si ha alterazione nella percezione dei colori secondo quest'ordine: verde, rosso, bleu e giallo, ed in ultimo il bianco che viene percepito come grigio.

Anche nel corso di alcune infezioni (scarlattina, tifo) si sarebbero segnalate alterazioni del senso cromatico. Nell'isterismo si può avere dapprima l'abolizione della percezione cosciente del verde e del violetto, poi quella del bleu e del bianco: in ultimo si ha la mancata percezione del rosso.

Quantunque raramente, difetti simili possono capitare durante la gravidanza. Parecchi osservatori, infine, riferiscono che la fatica può provocare eritropsia, la quale può pure aversi per effetto di una luce molto viva.

A causa di queste anomalie congenite od acquisite del senso cromatico, i segnali verdi e rossi, i più importanti per la sicurezza nella circolazione dei treni, sarebbero quelli che si confonderebbero più facilmente: e perciò Giraud-Teulon propone che a questi due colori siano sostituiti il giallo e l'azzurro, i quali hanno una intensità luminosa che occupa il primo posto nello spettro, e che non sono oggetto di confusione da parte dei daltonici.

Oltre che di confusione negli stati patologici, alcuni accusano gli attuali colori di segnalazione di essere i meno percepibili anche per un individuo normale.

Questa questione è complessa, ed occorre studiarla separatamente per i segnali diurni, e per quelli luminosi in uso di notte.

I *segnali diurni* consistono in bandiere e dischi. È difficile stabilire una graduazione di visibilità per i colori, perchè questa dipende da molte condizioni, e specialmente dalla saturazione e della intensità della tinta. Per la saturazione bisogna tener conto che nessun regolamento fornisce indicazioni sulla composizione dei colori. In quanto alla intensità, è risultato dalle esperienze di Aubert che il colore maggiormente visibile è l'arancio: viene poi il rosso ed in ultimo l'azzurro. Il rosso è il colore più visibile con minore intensità di luce.

Le ricerche di Broca hanno dimostrato che, a distanza eguale, l'acutezza visiva cromatica, a luce media, decresce a cominciare dal giallo, per il verde, l'azzurro, l'arancio ed in ultimo il rosso.

Fino a questo punto, dunque, i colori prescelti dalle strade ferrate sarebbero quelli forniti di maggiori coefficenti di percettibiltà. Soltanto per quanto concerne la visione periferica della retina (finora si è parlato di visione centrale) si avrebbero dei risultati sfavorevoli, perchè il campo visivo più esteso lo ha l'azzurro, il più ristretto il rosso ed il verde.

Secondo Sauvineau il rosso è il colore meglio percepito, nella segnalazione luminosa.

Concludendo, dunque, i colori ora in uso sono ancora quelli che dànno la massima garanzia, per l'individuo normale, come si presume debba essere, per quanto riguarda il senso cromatico, il ferroviere.

Alcuni propongono, per evitare gli errori cui potrebbero andare soggetti affetti, sia pure temporaneamente, da alterazioni nella percezione dei colori, di sostituire ai segni colorati, segni di forma variabile secondo il significato che si vuole loro attribuire.

Il sistema sarebbe, però, peggiore di quello attuale, perchè la distinzione delle tre dimensioni oltre ad esigere una perfetta visione binoculare, rende l'accertamento di tutte le anomalie del senso della proiezione e della localizzazione più difficile che non quello delle discromatopsie.

Malgrado il risultato delle esperienze riesca favorevole all'attuale sistema di segnalazione, non si deve escludere che esso esiga perfezionamenti.

Questi dovrebbero consistere nella prescrizione di colori uniformi, oltre che per il *tono*, anche per il grado di *saturazione* e d'*intensità*, e nel ricercare i mezzi di rendere più visibili i segnali, tenendo conto delle mutate condizioni della trazione a vapore, che porta a velocità prima non conosciute.

Occorre, perciò, poichè è dimostrato che i colori si distinguono più facilmente su certi fondi, stabilire un regolamento anche per la colorazione di questi (il rosso è più visibile su fondo verde o nero, ed il verde su fondo nero). Occorre, anche aumentare la potenza di proiezione della sorgente luminosa dei segnali, imitando quanto si è fatto per gli automobili.

E poichè, in ultimo, come è dimostrato dalle esperienze di Maxwell, il colore sottoposto ad una rotazione tanto più perde la sua chiarezza quanto maggiore è la velocità, data la cresciuta rapidità dei treni, per rendere più visibili i segnali si dovrebbe aumentare proporzionalmente la dimensione dei dischi.

Le conclusioni alle quali viene l'autore di questo importante studio sono le seguenti:

I colori scelti come segnali di maggiore importanza (rosso e verde) non devono essere rimpiazzati da altri, perchè se è vero che quei colori sono quelli che più facilmente vengono confusi dagli individui affetti da alterazioni congenite od acquisite del senso cromatico, sono altresì quelli che più distintamente sono percepiti dall'occhio normale. Non vi è alcuna ragione di sostituire i segnali colorati con quelli di forma: è necessario però, pur conservando l'attuale sistema, di assicurare il massimo di visibilità dei segnali, introducendo la prescrizione del grado di saturazione del colore, il colore di fondo, un miglior sistema di illuminazione ed una maggiore dimensione dei segnali.

S. DIEZ.

LEZIONI

Sul diabete bronzino.

(Lezione clinica di LABBÉ. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*).

Il diabete bronzino, descritto per la prima volta nel 1882 da Hanot e Chauffard, è una malattia assai rara; fin oggi non sono stati pubblicati che una cinquantina di casi.

La malattia attacca quasi sempre l'uomo, rarissimamente la donna, appare generalmente fra i 35 ed i 50 anni. È caratterizzata da la seguente triade sintomatica: pigmentazione, cirrosi epatica, diabete. La pigmentazione non è limitata ai comuni tegumenti (Gilbert e Surmont), ma si estende alle mucose e con una intensità anche considerevole (Potier, De Massary Gouget, Jeanselme). La melanodermia diminuisce nel corso dell'affezione, e la depigmentazione procede come per la vitiligine sur una regione speciale limitata da un bordo netto.

La cirrosi del fegato si accompagna con ipertrofia dell'organo, che può diminuire durante il decorso dell'affezione (Rendu); come durante questa possono apparire ascite, sviluppo delle vene sottocutanee addominali. Quali turbe digestive si hanno: inappetenza e crisi di diarrea, la cui spiegazione si può ritrovare nelle contemporanee lesioni del pancreas. Il diabete è di media intensità, la poliuria oscilla tra 3-4 litri e la glicosuria fra 120 e 200 grammi.

Questa non si fa solo alle spese degli idrocarbonati, ma anche degli altri alimenti; l'intensità e gravità del diabete deve essere giudicata dal rapporto fra la glicosuria e la ingestione alimentare. Il tasso dello zucchero è relativamente scarso per l'anoressia e le turbe digestive, che non permettono un'abbondante alimentazione; le medesime cause debbono invocarsi per la scomparsa dello zucchero verso la fine della malattia. L'acidosi complica la maggior parte delle forme morbose, e spiega la debolezza, l'inappetenza, la fine fatale rapida. La morte avviene per tubercolosi, peritonite, polmonite, granulia, eresipela, ecc. La prognosi è infausta; la durata dell'affezione varia da qualche settimana a qualche mese. La cura deve sempre farsi per quanto inefficace in linea definitiva: serve a prolungare la vita, e ad alleviare le sofferenze. Il regime latteo, le cure d'avena, un regime misto, comprendente sempre degli idrati di carbonio, l'opoterapia epatica e pancreatica, il bicarbonato di soda ne formano la base.

Le *lesioni anatomo-patologiche* sono le seguenti: tutti gli organi sono pigmentati, comprese le sierose specialmente la peritoneale. Il *fegato* è grosso, rosso, duro; ai tagli istologici presenta una spiccata e tipica cirrosi bivenosa avanzata, vi è ricca neoformazioni di canalicoli biliari nel tessuto sclerotico. Il pigmento ocraceo infiltra sotto forma di fine granulazioni tutte le cellule epatiche, il cui nucleo è intatto; nelle trabecole

connettivali si presenta sotto forma di blocchi spessi contenuti nelle cellule degenerate od anche in pieno tessuto fibroso.

Vi ha sclerosi intensa peri- ed *intralobulare pancreatica* perivascolare e pericanalicolare. Gli isolotti di Langherans sono scomparsi. Le cellule del parenchima degenerate contengono fine granulazioni di pigmento ocraceo, le trabecole connettivali grossi blocchi.

La *milza* ipertrofica, presenta lesioni sclerotiche con emorragie della polpa, e con macrofagi ricchi di pigmenti. I *reni* presentano sclerosi meno avanzata, congestione intensa con emorragie nella sostanza corticale. Il pigmento infiltra l'epitelio delle anse di Henle, rispetta i tubuli contorti; è molto meno abbondante che nel fegato e nella milza e pancreas.

Cuore flaccido, molle, piccolo, con fibre muscolari cosparse di fine granulazioni. Sulle *capsule surrenali* il pigmento si deposita nelle cellule più superficiali della sostanza corticale.

Il corpo tiroide può essere leso e presentare una infiammazione cronica con svilnppo di tessuto interstiziale, e distruzione della maggior parte dei *globi* colloidi; è infiltrato di pigmento. Questo si ritrova anche nell'ipofisi.

Riassumendo: le lesioni sono caratterizzate da una sclerosi intensa del fegato e del pancreas, più leggera dei reni, milza tiroide, e da un accumulo di pigmento in tutti i visceri, specie fegato, pancreas, cuore, sotto forma di fine granulazioni nelle cellule parenchimatose, di blocchi più o meno grossi nel tessuto connettivo.

Il pigmento è di natura ferruginosa (Gilbert). Nella pelle vi ha inoltre aumento del pigmento melanico normale,

La patogenesi del diabete bronzino ha sollevato numerose discussioni. I primi autori la considerarono come una entità morbosa a sè, con la triade sintomatica caratteristica.

Hanot e Chauffard avevano ammesso che l'iperglicemia, e l'endo arterite diabetica consecutiva fossero la causa da parte della cellula epatica di una ipergenesi pigmentaria e che per via embolica il pigmento fosse poi disseminato nell'organismo tutto.

I tre elementi caratteristici della malattia sono relativamente indipendenti tra loro, ed il diabete bronzino non si deve oggidì ritenere come una entità morbosa a sè. Infatti vi sono cirrosi pigmentarie del fegato senza pigmentazione cutanea nè diabete (Letulle, Gilbert e Grenet); cirrosi pigmentarie con melanodermia senza diabete (Brault); cirrosi epato-pancreatiche senza pigmentazione epatica nè cutanea, ma con diabete (Gilbert e Lereboullet, Monier); pigmentazioni generalizzate della pelle e dei visceri senza cirrosi epatica nè diabete (Quincke, Recklinghausen, Gandy e Bornait-Legueule).

Il *pigmento ocraceo* che infiltra gli organi è di natura ferruginosa e deriva dall'emoglobina; si forma a contatto delle cellule della economia, nelle quali si ritrova: si ha la emocromatosi di Quincke e Recklinghausen.

A spiegare la *patogenesi* di *questa pigmentazione* diffusa sono venuti fuori i lavori di Widal e Chauffard sopra gli itteri emolitici. Due lavori recenti hanno stabilito la relazione tra emolisi e cirrosi pigmentaria. Goujet ha trovato diminuzione della resistenza globulare in un caso di cirrosi pigmentaria; Chalier e Nové-Josserand hanno trovato la medesima predisposizione alla emolisi in un caso di diabete bronzino. Insomma la pigmentazione ocracea diffusa risulta da un processo emolitico, verosimilmente tossico, ma la cui origine ci sfugge.

Secondo P. Marie la pigmentazione ocracea determinerebbe una irritazione ed una reazione connettivale nel fegato, donde la cirrosi dell'organo. Ma questo rapporto non si può ammettere per le osservazioni sugli itteri emolitici nei quali la cirrosi del fegato e degli altri organi manca o è minima.

A spiegare le cirrosi viscerali si possono invocare l'alcoolismo, la sifilide, la tubercolosi. In ogni caso bisogna ammettere l'esistenza di un veleno organico sclerosante, potente, capace di ledere simultaneamente fegato, pancreas, reni e milza. È probabile che questo veleno sia anche dotato di proprietà emolizzanti.

Il diabete non è la causa della cirrosi, ma una conseguenza, le alterazioni del pancreas basterebbero a spiegarlo, specie poi quando vi si aggiunge cirrosi avanzata del fegato. Il diabete bronzino è dunque una varietà di diabete da cirrosi epato pancreatica alla quale si aggiunge un sintoma contingente: la pigmentazione.

Nella patogenesi della affezione si devono ammettere tre tappe: 1ª un processo tossico, la cui origine ci è sconosciuta; 2ª una azione emolizzante e sclerosante dipendente da questo processo, donde ittero emolitico con emosiderosi da una parte, e cirrosi epato-pancreatica dall'altra; 3ª queste lesioni dànno clinicamente la pigmentazione cutanea e mucoso-cutanea, ed il diabete.

G. QUARTA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di clinica medica generale della R. Università di Pisa
diretto dal prof. G. B. QUEIROLO.

Sopra un caso di meningite cerebro-spinale diplococcica guarita con le iniezioni endovenose di sublimato

per il dott. EMANUELE MONDOLFO, assistente.

Fino da quando, nel 1893, Guido Baccelli praticava per la prima volta le iniezioni endovenose di sublimato in un infermo affetto da sifilide cerebrale, la terapia moderna si arricchiva di uno dei più efficaci mezzi di lotta contro gli agenti infettivi: e il metodo del clinico di Roma, d'allora in poi applicato su larga scala nella maggior parte delle malattie infettive acute, andò affermandosi per nuovi e sempre più numerosi successi terapeutici.

Il meccanismo di azione delle iniezioni endovenose di sublimato fu oggetto di accurate ricerche, fra le quali meritano particolare menzione i lavori del Serafini, dello Spissu e del Mariani.

Questo ultimo autore, con una serie di ricerche sperimentali (1), potè dimostrare che il sublimato iniettato nelle vene non ha alcun potere battericida, bensì aumenta le difese dell'organismo mediante quei molteplici e complessi fenomeni biologici, che costituiscono la immunità. Infatti, come il Mariani sperimentalmente dimostrava, la iniezione di piccole dosi di sublimato nelle vene degli animali e dell'uomo conferisce al siero di sangue proprietà antitossiche, batteriolitiche, ed un più alto potere agglutinante. Queste proprietà non sono specifiche per un sol germe, ma dei pari si esplicano sperimentando con germi di specie diversa: trattasi di una vera e propria vaccinazione, mercè la quale si ottiene un siero antitossico polivalente.

Ritengo di far cosa non del tutto inutile, riferendo un caso di meningite cerebro-spinale da me curata con questo metodo: sebbene la terapia clinica sia già ricca dei più fortunati successi, onde a buon dritto si onora il nome di Guido Baccelli.

S... C..., di anni 50, di Buti, bracciante, ammogliato con prole. Non precedenti ereditari degni di nota, nè in via ascendente, nè in via collaterale; non precedenti personali importanti, se si eccettui il tifo, sofferto durante il servizio militare.

Parco bevitore, non commise eccessi di sorta: non risulta che sia mai stato contagiato di sifilide, nè che abbia contratto altre malattie veneree.

Riferisce la famiglia dell'infermo che, il 23 giugno, mentre egli era intento alla mietitura del grano, fu improvvisamente colto da convulsioni generali e da vomito. Il periodo convulsivo durò circa due ore, dopo di che l'ammalato cadde in uno stato soporoso: in tali condizioni inviato di urgenza all'ospedale di Pisa, fu ammesso nella Sezione medica diretta dal prof. Landi (1).

Fino dai primi giorni l'infermo presentò dolorabilità e rigidità della nuca, obnubilamento della coscienza, tendenza al sopore, contrattura degli arti. Nelle urine si riscontrò la presenza di lieve quantità di albumina e traccie di pigmenti biliari.

Il 27 giugno fu praticata una puntura lombare, la quale diede esito a liquido perfettamente limpido. Nei giorni successivi le condizioni del paziente rimasero pressochè invariate, se si eccettui un lieve grado di paresi dell'oculomotore esterno di sinistra: tale fenomeno fu però osservato in modo fugace e incostante.

Una seconda puntura lombare, praticata il 30 di giugno, diede esito ad un liquido lievemente torbido, nel quale l'esame microscopico dimostrò numerosi corpuscoli purulenti e micrococchi non molto abbondanti, riuniti a coppie; non si osservarono cocchi intracellulari.

Durante tutto il periodo della degenza dello infermo nell'ospedale il polso si mantenne sempre raro (48-54 battute al minuto primo) e la temperatura non oltrepassò i 38 centigradi.

Il 30 giugno l'infermo veniva inviato alla Clinica (sezione delle malattie infettive), ove si rilevarono i seguenti dati obbiettivi, che brevemente riassumo:

Individuo di robusta costituzione, con apparato scheletrico regolare, masse muscolari valide, pannicolo adiposo sufficiente; temperatura apiretica; apparato linfatico-ghiandolare integro. L'ammalato giace in decubito laterale destro, con gli arti inferiori flessi a guisa di canne di fucile; il sensorio è profondamente ottuso.

Apparato respiratorio. — Il torace all'ispezione si presenta di conformazione regolare; le due metà toraciche si espandono egualmente con gli atti respiratori. Non v'è tosse nè dispnea. L'esame fisico degli organi respiratori non fa rilevare alcun fatto degno di nota.

Apparato circolatorio. — Area cardiaca nei limiti normali; toni del cuore netti sopra tutti i focolai di ascoltazione. Il polso è ritmico, discretamente valido, raro (52 battute al minuto primo).

Apparato digerente. — Lingua coperta da spessa patina biancastra, alito fetido; funzioni intestinali torpide. Addome teso, difficilmente trattabile, un po' meteorico. Il fegato è nei limiti normali; la milza è aumentata di volume, giungendo col suo bordo anteriore sino alla linea ascellare anteriore.

(1) MARIANI. *Le moderne teorie sulla immunità e le iniezioni endovenose di sublimato.* Il Policlinico, sezione medica, anno XIII, fasc. 6.

(1) Le prime notizie anamnestiche e le informazioni sul decorso della malattia nel breve periodo della degenza dell'infermo nell'ospedale mi furono cortesemente fornite dal prof. Landi, che sentitamente ringrazio.

Nelle urine esistono tracce di albumina e di pigmenti biliari; nulla di notevole nel sedimento.

Sistema nervoso. — L'ammalato giace in stato soporoso, talora sub-delirante; esiste un profondo oscuramento della psiche e della coscienza. Non presenta segni di alcuna sofferenza: soltanto alla percussione del cranio, ovvero nei movimenti del capo e particolarmente nella flessione, si riesce a provocare dolore. Si risveglia pure vivo dolore mediante la compressione lungo le porzioni cervicale e dorsale del rachide. Le pupille sono midriatiche; i riflessi alla luce sono presenti, ma alquanto torpidi; non v'è anisocoria. Pure presenti, ma alquanto torpidi, i riflessi congiuntivali e corneali. Si nota una evidente paresi del retto esterno di sinistra.

L'esame metodico dei movimenti attivi e delle varie specie di sensibilità riesce impossibile per le condizioni psichiche dell'infermo. Tuttavia ad un esame grossolano, resulta che le funzioni della motilità e la sensibilità generale si conservano integre.

Nei movimenti passivi degli arti si osserva uno stato permanente di contrattura: esiste un forte grado di opistotono ed è evidente il sintomo di Kernig.

L'addome è teso ed avvallato: vi si disegnano in modo assai manifesto le strie del Trousseau. I riflessi tendinei sono tutti notevolmente indeboliti: normali i riflessi cremasterici, vivaci gli addominali. Presente, a destra, il fenomeno di Babinski.

Di fronte ad una sindrome clinica così conclamata ed al reperto batterioscopico del liquido cefalo-rachidiano, s'imponeva il concetto diagnostico di un'affezione acuta delle meningi, interessante l'asse cerebro-spinale.

L'ammalato, nelle prime 24 ore della sua degenza in Clinica, si aggravò notevolmente. Il sensorio si fece sempre più ottuso: si ebbe delirio, e, durante la notte, si osservarono attacchi convulsivi, con scosse tonico-cloniche generalizzate.

All'esame obbiettivo, ripetuto il mattino seguente, si trovò l'infermo in stato comatoso. Le pupille erano divenute miotiche e rigide: i riflessi tendinei erano completamente aboliti: il respiro, assai superficiale, tendeva al tipo di Cheyne-Stokes, il polso si manteneva raro (58), la temperatura sub-febbrile (37°.6).

Data la gravità del caso, iniziai subito, per consiglio del prof. Queirolo, una serie di iniezioni endovenose di sublimato Incominciai coll'iniettare dosi di mezzo milligrammo, per poi giungere gradatamente a milligrammi 1 ½ per volta, non oltrepassando mai, per tutta la durata della cura, la dose complessiva di milligrammi 2 ½ nelle 24 ore.

La quantità totale di sublimato iniettata durante l'intiero periodo della cura (dal 1° al 9 di luglio) fu di milligrammi 8 ½.

Altri provvedimenti terapeutici non furono praticati, tranne la vescica di ghiaccio in permanenza sul capo, derivativi intestinali ed iniezioni eccitanti durante il periodo comatoso.

Il 3 di luglio, cioè due giorni dopo l'inizio delle iniezioni endovenose di sublimato, si verificò nel paziente un improvviso miglioramento. Dallo stato comatoso, in cui precedentemente si trovava, l'infermo ricuperò in parte la coscienza, nè più si verificarono attacchi convulsivi; le pupille, sebbene sempre un po' torpide, reagivano alla luce. Nei giorni seguenti il miglioramento si accentuò in modo ancor più deciso: scomparvero la rigidità della nuca e l'opistotono, diminuirono le contratture degli arti, si attenuarono i dolori lungo il rachide: le funzioni psichiche completamente si reintegrarono.

Il 10 luglio anche la paresi dell'oculomotore esterno era scomparsa, nè più si osservava il sintomo di Kernig. L'esame obbiettivo della motilità nulla faceva rilevare di abnorme, tranne un lieve grado di impaccio nei movimenti attivi: non esistevano paresi nè paralisi, non atassia, non turbe a carico degli sfinteri. L'esame della sensibilità tattile, termica e dolorifica non dimostrò alcuna alterazione.

L'infermo, ormai sulla via della convalescenza, veniva passato, per la chiusura della Clinica, all'ospedale, ove, in breve tempo, si completava la guarigione.

Il caso che ho riferito mi sembra non privo di interesse: merita sopratutto di esser posta in rilievo la gravità dei fenomeni morbosi che nel nostro paziente si svolsero, ed il rapido lor dileguarsi in coincidenza con l'attuata terapia.

È da notare inoltre che un così fortunato successo fu ottenuto con dosi minime di sublimato, inferiori assai alle dosi terapeutiche comunemente indicate: non fu superata infatti, come dissi, la dose di milligrammi 2 e mezzo nelle 24 ore.

Questo caso adunque porta una conferma di più alla affermazione del Baccelli, che cioè *a dose minima corrisponde effetto massimo*: legge che il clinico di Roma genialmente intuiva, e che, nel campo sperimentale, doveva trovar così valida e larga conferma.

Un caso di anemia perniciosa progressiva curato e guarito con iniezioni endovenose di sublimato corrosivo

per il dott. CENTRA CLODOALDO.

Sin da quando il Baccelli con pari genialità ed arditezza ebbe aperta la via delle vene ai rimedi eroici, fu mia cura di giovarmi di sì preziosa risorsa terapeutica nei casi, nei quali chiara e netta ne appariva l'indicazione, e fortunatamente al mio attivo posso di già contare varie iniezioni endovenose di sublimato che compierono invero e non è certo iperbolica l'espressione, delle vere risurrezioni.

Debbo qui intrattenermi alcun poco sulle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nella cura di un morbo non troppo frequente, ma abbastanza esiziale, dell'anemia perniciosa progressiva. In una memoria che ha carattere essenzialmente terapeutico ed indole del tutto pratica, non discuterò la patogenesi, nè la sintomatologia,

nè il diagnostico, salvo ad accennare di volo a quel poco che in riguardo alle questioni anzidette si connette col problema terapeutico del caso clinico che vo ad illustrare.

F... T..., di anni 27, da Roccamassima, campagnola, coniugata con prole. Nata di parto a termine fisiologico, allattamento naturale materno. Deambulazione al 14° mese, 1ª dentizione fisiologica, esantemi infantili. Mestruata a 11 anni, la mestruazione si ripetette regolare per quantità e qualità e fu esente da altri disturbi. Non ebbe sin qui altre malattie di carattere, salvo nefrite gravidica che precedette l'esplosione della malattia attuale. Andata sposa, ebbe 3 gravidanze, di cui le due prime fisiologiche, la terza complicata a nefrite gravidica con parto prematuro spontaneo. Normali i puerperî. Il padre morì a quanto pare di bronchite, la madre tuttora vivente gode ottima salute, nè ebbe malattie di carattere.

Nulla d'importante dal lato anamnestico nei fratelli e nelle sorelle. Circa la prole: il 1° bambino è tuttora vivente, sano e robusto, il 2° morì di atrofia, il 3° nato di parto prematuro al settimo mese compiuto porta le stimmate della prematurità, ma è in via di miglioramento progressivo affidato alle cure di buona nutrice.

Nella seconda metà dell'ultima gravidanza (3ª), invitato a visitare l'inferma, trovai leggero edema alla faccia, cui seguirono in progresso di tempo edemi alle estremità inferiori mucose visibili pallide, pallore del volto, albuminuria (½ ‰ all'albuminometro Esbach).

Non si procedette all'esame microscopico del sedimento urinario. L'inferma accusava debolezza agli arti inferiori e senso indefinito di malessere. Diagnosi di nefrite gravidica e fu prescritta cura *ad hoc* sulla base di riposo assoluto, e di esclusiva dieta lattea. L'inferma a tal modo migliorò senza che riacquistasse il benessere primitivo.

In causa delle sofferenze avute si ebbe parto prematuro (7° mese) con feto vitale. Non ostante divieto volle sottostare al gravame dell'allattamento ed in questo periodo fu sottoposta ad intensa cura ferruginosa-arsenicale (arseniato di ferro Zambelletti, 3° grado. 2 iniezioni *pro die*) che resero le condizioni dell'inferma migliori.

Restituitasi nella campagna, mi fu condotta in paese dopo un mese circa in condizioni deplorevolissime.

Donna di configurazione scheletrica regolare, costituzione sanguigna; cute arida, inelastica, di colore giallo terreo, persistenza del cloasma uterino alla faccia; sottocutaneo scarso, masse muscolari flaccide, assenza di glandole e cicatrici: mucose visibili pallidissime.

L'inferma accusa un'astenia generale pronunziatissima, tatchè mal sopporta, o per meglio dire, le riesce pressochè impossibile la stazione eretta permanente e la deambulazione: nei movimenti appare facile il tremore. Temperatura ascellare serotina oscillante tra i 38°.2-39° c.; pressochè apirettica al mattino. Assenza di sudori notturni. Cefalea frontale intensa.

Nulla d'importante in riguardo alla sensibilità generale, nè in rapporto ai sensi specifici, nè al sensorio. Lingua arida, priva di patina, anoressia completa, diarrea intensa; scariche liquide con detriti di sostanze ingeste, fetide.

A carico dell'apparecchio circolatorio soffio anemico alla punta, rumore di trottola alle giugulari. Normali i polmoni, il fegato e la milza.

Normali le urine, per quantità e qualità: assenza di albumina e glucosio.

Nulla di abnorme nella sfera genitale. Quale la diagnosi?

Si era in presenza di donna di buona costituzione, esente di ogni labe ereditaria, non sifilitica. che nel corso di pregressa gravidanza presentò albuminuria persistente con edemi, cefalea e debolezza generale, che ebbe però senza dubbio nefrite gravidica con sintomatologia non grave, talchè non si ebbe necessità di discutere soltanto l'opportunità dell'interruzione dello stato gravidico, che migliorò con cura medica, sino a scomparsa dell'albumina, cui seguì parto prematuro spontaneo con puerperio fisiologico. L'inferma in preda ad un discreto grado di anemia per pregressa nefrite vuol sostenere il peso dell'allattamento. Ad un certo punto cade in gravi condizioni: l'anemia si fa intensa, febbricita, ha diarrea. Nel quadro dei sintomi dominano la debolezza estrema, la cefalea, la febbre, anemia accentuatissima, anoressia, la diarrea. I reni non dànno alcun sintomo, nei polmoni in riguardo a sintomatologia tutto tace e così in riguardo alle glandole annesse al tubo digestivo. Assenza di emorragie. Non fu possibile avere il reperto ematologico, sia in riguardo al tasso emoglobinico sia alla formula emoleucocitaria.

Anche nell'assenza di questa destinata a mettere in evidenza la macrocitosi, l'ipercromia e la leucopenia, credo di non avere errato sul risultato dell'esame clinico e dei dati anamnestici ponendo la diagnosi di anemia perniciosa progressiva.

Data questa diagnosi mi parve opportuno nell'interesse dell'inferma di ricorrere, come fece l'illustre prof. Baccelli, alle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo, partendo dal concetto che in molti casi la causa dell'affezione è legata alla presenza di germi (in un caso il Silvestrini trovò il tetragene). Preso tal partito, senza punto preoccuparmi del grado di vulnerabilità renale, possibile relitto della pregressa nefrite gravidica, praticai 2 iniezioni endovenose di sublimato corrosivo (4 mgm.) nelle vene superficiali della piega del gomito di ambedue i lati nel periodo di due giorni. Una terza iniezione la si praticò nelle vene superficiali della regione malleolare interna del piede destro.

Non si ebbero incidenti di sorta, salvo leggera irritazione delle vene pochissimo sviluppata.

Le condizioni dell'inferma si fecero rapidamente migliori e in ordine di diminuzione e scomparsa di sintomi, debbo notare che prima cedette la piressia, quindi la diarrea, infine l'anoressia e il tremore degli arti. A lungo persistette la cefalea.

Ebbe ottimi coadiuvanti nella cura con i corroboranti arsenicali-ferruginosi.

Pubblicheremo prossimamente:

Trulli, Eritema polimorfo e tubercolosi;

Ricciardelli, Della pneumonite abortiva;

Salustri, Sul significato semejologico della reazione del permanganato nell'urina (reazione di Weisz).

Il metodo Baccelli del salasso alla pedidia applicato in un caso di anuria calcolosa in soggetto già nefrectomizzato

per il dott. O. PALEANI
medico-chirurgo degli ospedali di Roma.

Durante un breve servizio interinale nella VI condotta medica esterna di Ancona, fui chiamato d'urgenza presso il letto d'un infermo che da 36 ore circa non aveva più emissione d'urina. Trattavasi d'un uomo di 42 anni di costituzione robusta, piuttosto pingue, e che presentava sull'addome una vasta cicatrice estendentesi dalla regione ipocondriaca sinistra fin quasi all'inguine dello stesso lato con ampia ernia ventrale laparotomica. Egli era stato operato 5 anni innanzi dal prof. Boari, chirurgo primario dell'ospedale della città, di nefrectomia sinistra per calcolosi renale sinistra congiunta a gravi alterazioni dello stesso rene, per cui ne era stata giudicata opportuna l'ablazione.

In seguito l'ammalato, che nel passato aveva molto sofferto per le sue coliche nefritiche, era sempre stato in condizioni discrete di salute, e, contuttochè non avesse costantemente seguite le norme igienico-dietetiche che gli erano state prescritte, pure di nessun grave disturbo aveva avuto occasione di lamentarsi, ed aveva potuto liberamente adempiere alla propria industria di negoziante di vini.

Ma fu appunto in seguito ad uno strapazzo fisico seguito da un più grave disordine dietetico, che il nostro uomo venne colpito nella giornata del 5 maggio corrente da vomito e da dolori addominali dapprima diffusi e poi specialmente insistenti in corrispondenza della regione ipocondriaca destra, senza però un vero e proprio carattere di fissità, nè alcuna tipica irradiazione. L'intensità del dolore non fu mai molto viva, tanto che l'infermo non pensò neppure di chiamare il medico: soltanto si mise a letto, prese un energico purgante, attendendo che rapidamente scomparissero i disturbi ch'egli attribuiva ad un puro e semplice imbarazzo gastrico.

L'inizio del dolore era stato preceduto da qualche sensazione di brivido e da vomito che si ripetè poi, ma senza troppa insistenza. Urine dapprincipio normali per quantità e colorito. Alvo aperto.

Senonchè, mentre i dolori si erano gradatamente attenuati fino a scomparire del tutto, cominciò, dalla notte del giorno 6, a sospendersi completamente la funzione urinaria. Invano il nostro infermo attese per tutta la giornata successiva la ricomparsa delle urine; finchè, preoccupato di questo fatto, mai accadutogli per il passato, e pur non lamentando sofferenze speciali, chè anzi non accusava malessere di sorta, salvo di quando in quando un po' di stimolo non doloroso alla minzione naturalmente senza effetto, si decise di chiamare il medico.

Io giunsi al letto dell'infermo la mattina del giorno 8, e seppi che la funzione urinaria era interrotta fin dalla sera del giorno 6, in cui l'ammalato aveva emesse le ultime urine di colorito chiaro e di trasparenza limpide.

Obiettivamente riscontrai: soggetto, come s'è detto, robusto, di costituzione scheletrica regolare, con masse muscolari ben sviluppate, e pannicolo adiposo piuttosto abbondante. Colorito della cute bruno su tutto il corpo, piuttosto acceso sul volto. Non edemi. Temperatura del corpo afebbrile. Nulla a carico del sistema ghiandolare linfatico. Apparato respiratorio normale. A carico del cuore notasi soltanto un secondo tono aortico forte, squillante, metallico; polso di media frequenza, duro e molto teso. Addome rigonfio, meteorico, difficilmente trattabile sia a causa dell'abbondanza di adipe, sia per il meteorismo e la tensione delle pareti. Come s'è già detto, esiste una vasta cicatrice addominale sinistra con laparocele. La palpazione non suscita dolore in nessun punto del ventre. Alla percussione notasi un leggero timpanismo diffuso, salvo in corrispondenza del quadrante superiore di destra e regione ipocondriaca dello stesso lato, ove appare una zona piuttosto estesa di ottusità, imputabile in massima parte al fegato che deborda dall'arco costale di due buone dita. Il margine superiore del fegato anch'esso giunge un po' più in alto del normale: sicchè l'organo è evidentemente e discretamente ingrandito *in toto*. La palpazione bimanuale del rene destro si fa male a causa dello stato delle pareti addominali: essa non provoca dolore di sorta, come pure dolore non suscitano la percussione ed il ballottamento.

A causa sempre delle condizioni dell'addome, non può essere praticata esattamente l'esplorazione palpatoria ureterale. Indagine rettale negativa. La vescica non si palpa al di sopra della sinfisi del pube. Nulla a carico del sistema nervoso.

Introdotta la sonda nella vescica, non esce nemmeno una goccia d'urina; soltanto il catetere, allorchè viene estratto, trascina dietro sè un piccolo coagulo sanguigno nerastro: indi 2 o 3 gocce di sangue escono dall'uretra.

Mi trovavo dunque dinanzi ad un caso di anuria completa che continuava da due giorni.

Il giorno successivo lo stato anurico perdurava immutato. Anche questa volta la sonda non diede esito nemmeno a poche gocce d'urina. Il cateterismo era riuscito sempre senza difficoltà di sorta. Introdussi in vescica una soluzione di permanganato potassico, che uscì liberamente dall'uretra. Prescrissi bagni caldi, un drastico energico e dei sudativi; e, d'accordo colla famiglia, convenimmo di consultare lo stesso chirurgo, prof. Boari, che aveva operato l'infermo precedentemente, data la probabilità di dover ricorrere da un momento all'altro ad un nuovo atto operativo. Col professor Boari ci accordammo di soprassedere ancora, continuando a somministrare evacuanti e sudativi. E così trascorsero altri due giorni senza che la funzione renale si ristabilisse. La pelle e l'intestino supplivano sempre il rene nella sua mancata funzione con sudori profusi e scariche diarroiche frequenti ed abbondanti.

Era giunto il momento di decidere l'intervento. È vero che il malato continuava in quel periodo di tolleranza che nell'anuria calcolosa può protrarsi anche per una settimana e più, ma era anche vero che, soprassedendo ancora, potevano da un momento all'altro improvvisamente scoppiare dei gravi sintomi d'uremia, e allora l'intervento sarebbe giunto troppo tardi

Come si sa, circa la cura chirurgica dell'anuria calcolosa, i pareri dei diversi chirurghi sono discordi. Alcuni operano d'urgenza, come si trattasse di un'ernia strozzata, giudicando l'attesa più pericolosa dell'intervento immediato. Alcuni consigliano di attendere alcuni giorni, però non mai sino a che si manifestino dei sintomi gravi d'uremia, poichè allora sarebbe, come s'è detto, troppo tardi. La maggior parte dei chirurghi conviene di eseguire l'atto operativo nè troppo presto, nè troppo tardi, allorchè si giudica essere l'organismo giunto a quel limite di tolleranza, oltre il quale si manifesterebbero dei sintomi minacciosi. L'operazione, come si sa, consiste nel taglio del rene affetto da calcolosi (nefrotomia).

Giunti peraltro al quinto giorno di anuria completa, senza però che si preannunziasse finora nessun sintomo grave, convenimmo, prima di ricorrere senz'altro ritardo all'atto operativo (molto grave nel nostro caso essendo il soggetto già stato privato di uno dei suoi reni) di esperimentare qual *salasso alla pedidia* che il Baccelli con una delle tante sue intuizioni geniali suggerisce di praticare in casi di nefrite acutissima, di congestione renale, e in tutti quei casi in cui sia indicato abbassare prontamente la pressione nel circolo della vena cava inferiore.

Furono estratti dalla pedidia dello stesso lato, e cioè di destra, poco meno di 500 cmc. di sangue, incidendola trasversalmente, previa applicazione di un laccio alla radice della coscia. Il salasso fu fatto a mezzogiorno circa; alla visita della sera potei constatare che il malato già aveva emesso, in più volte, circa un litro di urine di colorito pallido, limpide, che analizzate dimostrarono tracce incalcolabili di albumina e nessun altro componente patologico. Nella nottata successiva poi si manifestò una vera polinuria, avendosi 5 litri circa di urine cogli stessi caratteri delle precedenti.

Il giorno dopo la minzione continuò sempre abbondante. Senonchè, trascorsa quasi un'altra giornata, la funzione urinaria di nuovo s'interruppe bruscamente; ma questa volta soltanto per poche ore. Durante questo nuovo, ma breve stato d'anuria, non però completa, poichè il malato riuscì ad emettere qualche cmc. di urina, egli accusava frequente e doloroso stimolo alla minzione, non però dolori lombari, nè addominali. Finalmente, colla sensazione di un vivo dolore uretrale, emise un calcoletto non molto duro, della grossezza di un piccolo cece, e subito dopo ebbe un'ematuria abbondante. Poi, nel corso della giornata, non più sangue, ma si manifestò una vera « débâcle » poliurica con 9-10 litri di urine pallide e limpide. E con ciò definitivamente si ristabilisce la funzione renale, tanto che il malato dopo alcuni giorni può ritenersi guarito.

Come si sa, l'*anuria* può dipendere da due ordini di fatti: o da un ostacolo meccanico di qualsiasi natura che risieda in un punto dell'apparato urinario al di sopra della vescica, ovvero l'anuria ha per origine un arresto di secrezione del rene. Che nel nostro caso si trattasse di anuria da ostruzione uretrale dovuta alla presenza di uno o più calcoli non esisteva quasi dubbio alcuno. Eravamo in presenza di un uomo che già aveva sofferto altre volte di coliche nefritiche, e che aveva subito, appunto per calcolosi renale, un atto operativo. Avevamo avuto anche

questa volta una sindrome dolorifica accompagnata da vomito, sebbene non si fosse potuto parlare di una vera e propria colica renale. Anzi, la sede dei dolori ed il quadro morboso generale, prima che si stabilisse l'anuria, potevano far pensare piuttosto ad una semplice colica intestinale. Senonchè il sopraggiungere dell'anuria completa, il prolungarsi per qualche giorno di essa con un periodo di tolleranza caratteristico, la mancanza di edemi e di altri sintomi di nefrite acuta, avevano già indicato trattarsi nel caso nostro appunto di *anuria calcolosa.*

Ma vi era nel nostro ammalato tutto un quadro che stava ad indicare un forte aumento della tensione sanguigna ed una congestione viscerale; il volto pletorico, il polso duro e teso, l'aumento di volume del fegato, il ventre meteorico. E fu appunto in considerazione più che altro di questo stato congestizio generale, che venimmo nella determinazione di praticare il salasso; e scegliemmo la pedidia, secondo il concetto del Baccelli, per effettuare in tal modo lo scarico diretto della vena cava inferiore, diminuendo così la tensione nelle vene viscerali congeste, e princiaplmente nella vena renale destra.

Il risultato fu oltremodo brillante, perchè, non solo s'ottenne un benefico effetto su tutto lo stato generale del malato, ma, cosa quasi insperata, la *ricomparsa immediata della funzione dell'unico rene,* il quale, non tanto per un arresto di secrezione, quanto per uno stato di ostruzione meccanica non poteva liberamente funzionare. Le condizioni delle urine emesse, senza albumina o quasi, chiarissime, senza traccia di elementi patologici, indi l'espulsione del calcolo, stanno appunto a dimostrare che l'anuria non tanto era dovuta ad uno stato di congestione renale, e quindi ad un arresto di secrezione, quanto allo ostacolo meccanico che impediva il libero passaggio del liquido dall'uretere in vescica.

Ed ora come si spiega il fatto che la sottrazione di sangue abbia avuto un così salutare effetto, determinando la quasi immediata espulsione del calcolo?

Sappiamo che esiste una stretta correlazione tra la circolazione renale e la secrezione urinaria; i disturbi della circolazione si ripercuotono immediatamente sulla funzione del rene. In base a ciò io penso, che l'abbondante sottrazione sanguigna al piede, scaricando *direttamente* la vena cava inferiore, e per conseguenza diminuendo la tensione sanguigna nella vena emulgente e in tutto il campo di sua distribuzione nel rene, per quella correlazione che esiste tra circolazione venosa e secrezione urinaria, tra vena renale ed uretere (basti ricordare le note esperienze di Ludwig sui vasi renali e quelle di Hermann che operava in senso inverso, variando la pressione nell'uretere) siasi verificato, che per il brusco abbassamento di pressione, *lo spasmo uretrale,* mantenuto dal calcolo, si attenuasse tanto da permettere a questo, che non aveva potuto prima svincolarsi appunto a cagione dello spasmo medesimo, di liberarsi e riprendere il suo cammino verso la vescica. Il calcolo non fu completamente espulso che dopo un paio di giorni e dopo che ebbe a subire una altra tappa, ma questa volta di poco momento, forse all'imbocco dell'uretere nella vescica stessa.

L'urinazione abbondante susseguita allo spostamento del calcolo, ha certamente contribuito a facilitare la sua discesa e la definitiva sua espulsione.

Il *salasso* in questo caso ha sostituito la *nefrotomia,* che è l'operazione di scelta in queste circostanze. Durante l'atto operativo si asportano il calcolo o i calcoli se sono facilmente accessibili. Però avviene talora che, spaccato il rene, il calcolo, difficilmente aggredibile, non possa essere liberato all'atto dell'operazione; pur tuttavia spesso accade, dice Chauffard, che il calcolo riprenda liberamente la sua emigrazione verso la vescica. Anche in questi casi si può pensare che l'emorragia che si produce per il taglio dei diversi strati e del parenchima renale stesso effettui, a guisa di salasso locale, quella decongestione renale sufficiente per determinare, coll'abbassamento della pressione, un'attenuazione nello stato spastico uretrale, che è la causa più importante dell'anuria calcolosa.

Maggio 1913.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Lesioni della tiroide nel morbo di Basedow.

Roussy e Clunet nella *Revue neurologique*, 1913, n. 13, riferiscono i risultati dei loro studi anatomici su dieci corpi tiroidi, appartenenti a malati che presentavano la sindrome di Basedow.

Nella descrizione delle lesioni della tiroide nel gozzo esoftalmico permane ancora una certa incertezza.

Dei 10 casi esaminati dagli autori, cinque erano di vero Basedow, tre di gozzo e due di cancro tiroideo con sindrome di Basedow.

Nei primi la tachicardia, l'esoftalmo ed il tumore erano comparsi contemporaneamente alla ipertrofia diffusa del corpo tiroide: vi fu riscontrata una struttura omogenea estesa a tutto l'organo. Vi era ipertrofia e proliferazione cellulare con tendenza alla trasformazione cilindrica e alla formazione di vegetazioni acinose. Tale iperplasia più accentuata in alcuni punti, dava l'aspetto di adenomi. Il lume degli acini era ridotto. La sostanza colloide appariva meno cromofila che allo stato normale; non si colorava nè con colori basici, nè con colori acidi; era meno spessa e friabile.

Lo stroma si presenta piuttosto assottigliato; in tre casi in esso si notavano dei veri noduli linfoidi, con centro chiaro germinativo. In taluno di questi follicoli linfoidi si trovavano piccoli ammassi di cellule epiteliali in degenerazione e che potevano interpretarsi come inclusioni di cellule degenerate.

Nei tre casi di gozzo, gli Autori hanno osservato i diversi tipi di struttura del gozzo: gozzo colloide con vescicole enormi (cistoadenoma), ipertrofia colloide a grandi vescicole ineguali (gozzo colloide semplice), iperplasia di tipo fetale a piccoli acini, sclerosi iniziale, sclerosi avanzata, sclerosi calcificata, degenerazione mucosa e degenerazione colloide dello stroma. Però si riscontrarono anche dei punti dove l'imagine istologica ricordava quella del Basedow vero, sicchè sembrava che nel gozzo banale si andassero formando delle zone in via di iperplasia, che spiegano l'evoluzione clinica di un gozzo semplice in un gozzo esolftalmico.

Nei due casi di tumore a tipo maligno, il tumore ebbe un'evoluzione parallela alla tachicardia, al tumore ed all'esoftalmo; la cellula cancerosa presentava i caratteri di una cellula tiroidea cilindrica secernente una sostanza colloide.

Per la interpretazione di questi reperti, gli AA. si giovano considerando ciò che si ottiene negli animali nei quali si procuri un'iperplasia compensatrice del corpo tiroide, sopprimendone sperimentalmente una gran parte; e concludono col ritenere che nel morbo di Basedow la ghiandola tiroide presenta delle modificazioni istologiche che si traducono in uno stato di iperplasia dei più manifesti.

P. S.

CASISTICA.

Il punto laterale addominale e la diagnosi delle affezioni pleuro-polmonari acute nell'adulto.

L'A. prende occasione da un caso di polmonite in un giovane di 18 anni, simulante la sindrome appendicolare acuta, per dilucidare il problema clinico e ricostruire le note sintomatiche differenziali di affezioni, a prima vista così differenti e dal punto di vista clinico e dal punto di vista terapeutico.

Il punto laterale addominale è stato da lungo tempo studiato dai pediatri, perchè con una certa frequenza è dato di riscontrarlo nei bambini, nella polmonite e nella pleurite. Nell'adulto lo studio del sintoma è di data più recente. Si osserva sopratutto nella polmonite e l'esame accurato della questione è stato fatto nelle due tesi prima dal Mirande, dal Daussy poi.

Raro ad asservarsi, esso è stato pure segnalato (Mirande) nella broncopolmonite, e nella pleurite.

I caratteri clinici devono essere particolarmente analizzati: il punto doloroso è localizzato nella stessa regione dell'appendicolare, non v'ha neppur dolore toracico contemporaneo, è assai violento tanto da immobilizzare il malato.

Con la palpazione si constata iperestesia superficiale netta, simile a quella delle neuralgie intercostali; il dolore provoca talora difesa lieve della parete, nella palpazione brusca e rapida, ma se si palpa lentamente, progressivamente, profondamente, scompare la difesa della parete; ci si può così spesso accertare che non esiste un reale dolore profondo, nè tumefazione alcuna in corrispondenza della regione appendicolare.

Il vomito che spesso accompagna l'insorgenza del dolore, fa pensare anche più all'appendicite; ma in realtà se si analizza l'anamnesi dei polmonitici, il vomito si ritrova anche all'inizio di questa malattia nella maggior parte dei casi.

Se la temperatura s'innalza all'improvviso a 40 gradi difficilmente si pensa all'appendicite,

ma bisogna ricordare che le polmoniti a sindrome appendicolare spesso dànno solo 38°-38°.5 di temperatura.

La *facies* acquista un gran valore nella diagnosi differenziale: non la faccia pallida, terrea, dell'appendicitico, nè tendenza al collasso, ma la faccia congesta quasi voluttuosa con pomelli arrossati. Tali differenze inducono il medico a non limitare il suo esame all'addome ma ad osservare il torace e specialmente la base destra, spesso si troveranno i sintomi polmonari che illumineranno la diagnosi.

L'evoluzione della malattia ha due stadî: uno addominale, in cui predominano i sintomi a carico dell'addome, e che non va mai al dilà del quarto giorno, una toracica in cui i sintomi dell'affezione pleuropolmonare prendono il sopravvento.

Talora (Daussy) la sindrome peritoneale si prolunga e tardivamente si sovrappone la sindrome toracica che sembra quasi una complicazione.

Per la patogenesi bisogna distinguere:

a) casi in cui l'appendicite esiste realmente;

b) casi in cui l'appendicite non è che apparente.

Nei primi o l'appendicite è una semplice localizzazione di un diploococcemia, o è il punto di partenza d'una polmonite. In tal caso la polmonite, la broncopolmonite sono sempre tardive.

Se l'appendicite non è che apparente, secondo l'opinione del Mirande, non è la pleura ammalata che dà l'irradiazione dolorosa, perchè il dolore nel punto di Mac Burny si può riscontrare anche nelle polmoniti centrali, ma è il midollo che riflette per mezzo dei rami intercostali lo stimolo ricevuto dai filetti splancnici, irritati dalle lesioni polmonari, sulla parete addominale.

Se la polmonite è basale (il punto addominale doloroso non esiste mai nelle polmoniti apicali) avviene una eccitazione splancnica che ha il suo punto di partenza nel processo infiammatorio polmonare; lo stimolo è portato al metamero corrispondente midollare, che per mezzo del dodicesimo nervo intercostale irradia il dolore sulla sfera cutanea della regione iliaca (e quindi nel punto di Mac Burney).

Il punto doloroso addominale non è dunque se *non una neuralgia intercostale riflessa con punto di partenza nei filetti simpatici del polmone.*

Chè anzi, secondo il Mirande stesso il punto doloroso da vera appendicite è anch'esso un dolore riflesso della stessa natura, e quindi la polmonite *più che imitarlo lo riproduce.*

La conoscenza sull'esistenza di sindromi pseudo appendicolari nelle affezioni toraciche acute comporta la necessità:

a) di sorvegliare l'appendice dei pneumonitici e dei pleuritici che soffrono di dolori addominali;

b) di ascoltare attentamente il polmone nei casi di sindromi appendicolari;

c) di distinguere la sindrome appendicolare dall'appendicite vera.

Naturalmente il concetto diagnostico porta con sè diversità di cura: l'intervento nell'appendicite vera, l'astensione nelle sindromi pseudo-appendicitiche.

T. PONTANO.

(E. Sergent. *Journ. des praticiens*, 27, 1913).

La contrattura della parete nei traumatismi addominali.

In presenza di una contusione addominale, spesso il clinico più esperto può rimanere incerto di fronte al problema della diagnosi e della prognosi. Nessun sintoma dato dai trattati è infallibile per la prognosi, nessuno è patognomonico per la diagnosi delle lesioni profonde. Il polso, la dispnea, lo schock: niente ha valore assoluto per far decidere l'astensione o l'intervento chirurgico.

Recentemente Hartmann ha sostenuto che soltanto l'esistenza o meno di una contrattura della parete non limitata alla sede della contusione deve guidare il chirurgo e giustificare la laparotomia. Ma neanche questo sintoma è infallibile. Non sono rari i casi di traumatismo addominale con *frei intervall,* nei quali manca ogni segno, anche la contrattura della parete, e pure la morte rapidamente avviene prima che sia stato possibile l'intervento.

Il Florence (*La Province Médicale,* 1913, n. 31) cita parecchi esempi di questo genere: un caso di rottura dei vasi meseraici, un caso di rottura completa di un'ansa intestinale, ecc., nei quali la morte è avvenuta nel silenzio assoluto di ogni sintoma, senza il minimo accenno di contrattura della parete addominale.

E neppure si può sostenere che la contrattura della parete sia un segno che esiga l'urgenza dell'intervento; essa può essere presente in casi di traumatismi senza lesione alcuna dei visceri addominali. Il Florence cita anche di questi casi nei quali, in seguito ad una semplice contusione della parete addominale, fu osservata una contrattura completa della stessa *a tavolato,* che indusse ad un intervento d'urgenza inutile se non dannoso, o che scomparve rapidamente prima che l'intervento si potesse eseguire.

La contrattura dunque può mancare anche quando esistano gravi lesioni nella cavità addo-

minale, e può essere presente quand'anche manchi qualsiasi lesione apprezzabile dell'addome.

La laparotomia soltanto può in maniera sicura darci notizia di ciò che nell'addome è avvenuto in seguito ad un trauma. Ma la laparotomia ha pure essa i suoi pericoli e i suoi postumi, come l'eventramento, ecc. E perciò il Florence torna a vantare nei casi dubbi il valore della puntura del Douglas. Anche essa non è matematicamente sicura nei suoi risultati; ma essendo di una tecnica facile e di facile esecuzione, essa può essere praticamente utile, perchè potrà dispensare il chirurgo da una laparotomia inutile ed intempestiva, se non dannosa.

P. S.

TERAPIA.

Forme cliniche e terapia delle artriti blenorragiche.

Il Mauclaire (*Le Progrès Médical*, agosto 1915) presenta tre casi clinici di artrite blenorragica; quindi descrive le diverse varietà cliniche della blenorragia articolare.

1. *Artralgia.* — Molto spesso si osservano forme molto leggiere di artralgie che accompagnano una blenorragia acuta o cronica insignificante. Esse sono caratterizzate da dolori vaganti nelle ginocchia, nei gomiti, nelle caviglie: sono dolori leggieri che difficilmente si sanno localizzare nelle ossa, nei legamenti o nei tendini. Possono durare da pochi giorni a 2-3 settimane.

2. *Idrartrosi blenorragica.* — Questa forma è più frequente, caratterizzata da un versamento articolare abbondante ad andamento subacuto. Ha sede per lo più nell'articolazione del ginocchio, accompagnata da atrofia muscolare molto precoce e rapida, che rende subito invalidi questi pazienti. È questa atrofia muscolare che rende particolarmente grave l'idrartrosi blenorragica. È facile la diagnosi differenziale con l'idrartrosi tubercolare, l'idrartrosi pseudo-reumatica infettiva e l'idrartrosi della sifilide secondaria.

3. *Poliartrite subacuta.* — Attacca parecchie articolazioni, ha un decorso subacuto con gonfiore, dolore ed atrofia muscolare. Può essere confusa col reumatismo articolare acuto: essa però non cede alla cura salicilica, non è accompagnata da temperatura così alta e raramente si complica con localizzazioni cardiache.

4. *Monoartrite acuta o artrite flemmonosa.* — Presenta un breve periodo prodromale. Si nota gonfiore, dolore, rossore, edema dell'articolazione colpita. In certi casi la regione mentisce tutti i sintomi del flemmone. L'articolazione contiene un liquido sieroso puriforme abbondante. I rapporti dei capi articolari sono alterati.

5. *Poliartrite blenorragica.* — Decorre dapprima con caratteri subacuti, come un'idrartrosi pura e semplice. Si riscontra talvolta nel versamento il gonococco, tal'altra dei germi piogeni o assenza completa di batteri. Anche questa forma è accompagnata da atrofia muscolare.

6. *Artrite deformante nodosa delle dita.* — È stata descritta da Fournier. In questa forma la mano può assumere l'aspetto della mano ad artiglio.

In tutti i casi si tratta di una pioemia attenuata, nella quale i microbi e le loro tossine penetrano nel circolo sanguigno e, localizzandosi, dànno luogo alle diverse forme cliniche descritte.

La diagnosi dell'artrite è sempre molto facile. Nelle bambine la vulvo-vaginite è molto spesso di natura blenorragica e può complicarsi con artrite.

Nei neonati la congiuntivite blenorragica può accompagnarsi qualche volta con artrite.

La prognosi dell'artrite blenorragica è sempre molto grave, tranne i casi di artralgia semplice. L'atrofia muscolare e l'anchilosi sono le più gravi evenienze da considerare dal punto di vista della prognosi. L'artrite blenorragica può anche trasformarsi in artrite tubercolare.

La cura varierà a seconda delle forme cliniche. Se si tratta di artralgia semplice, basteranno i revulsivi leggeri.

Nella idrartrosi si farà una compressione metodica e ben serrata. Se, malgrado questa, l'idrartro persiste, si dovrà procedere alla puntura evacuatrice od all'artrotomia, la quale permette di vuotare l'articolazione non solo del liquido sieroso o purulento, ma anche dei prodotti fibrinosi che potrebbero dar luogo ad aderenze ed anchilosi. L'incisione dell'artrotomia dev'essere lunga soltanto 2-3 centimetri.

Nei casi di poliartrite e monoartrite acuta si deve fare la immobilizzazione. È discutibile se sia utile vuotare il liquido del versamento. Se il versamento è abbondante, è utile l'evacuazione di esso, perchè il riassorbimento sarebbe molto lungo ed i prodotti fibrinosi potrebbero portare all'anchilosi. L'artrotomia inoltre può evitare la formazione di erosioni ed ulcerazioni delle cartilagini, causa così frequente delle fusioni dei capi articolari per anchilosi fibrosa ed ossea.

In realtà però l'artrotomia non ha dato risultati molto dimostrativi.

Ciò che più è importante è l'immobilizzazione dell'articolazione malata: un apparecchio gessato sotto narcosi è ciò che v'ha di meglio a fare, oppure l'estensione continua.

Non bisogna protrarre molto a lungo il periodo della immobilizzazione. Appena cessato il periodo di acuzie, dopo 15 giorni in media, essa deve essere sospesa. In seguito si metterà l'arto in una doccia

metallica, dentro la quale il paziente comincierà a fare i primi movimenti. Poi si mobilizza gradatamente, senza massaggi violenti, ma con dolcezza e prudenza. Il massaggio deve essere piuttosto precoce per combattere l'atrofia muscolare.

La radioterapia, l'elettrizzazione, le cure delle stazioni termali hanno un valore subordinato.

Tutto questo per la cura chirurgica: noi aggiungiamo che la cura delle artriti blenorragiche è resa più breve, più facile e più completa dall'uso dei vaccini antigonoccici, i quali in essa trovano la migliore indicazione.

P. SABELLA.

Un vaccino antigonococcico atossico.

Dacchè è stata sperimentata per la prima volta, cioè da circa sette anni, la vaccinoterapia della blenorragia e delle sue complicazioni non ancora ha conquistato largo favore nel pubblico. E ciò perchè ancora non era stata risoluta la grave difficoltà della tossicità dei vaccini preparati. La tossicità è propria di tutti i vaccini microbici; ma forse è più spiccata per il vaccino antigonococcico. Una dose debole, insufficiente a scopo terapeutico, può provocare delle volte reazioni così violente, che finora è stata impossibile una cura intensiva, la quale sola in certi casi può dare risultati utili.

Diverse ricerche e tentativi sono stati compiuti allo scopo di eliminare la tossicità dei vaccini: il più ingegnoso è l'applicazione del metodo dei vaccini sensibilizzati di Besredka al vaccino antigonococcico. Questo metodo però non permetteva di avere dei vaccini stabili e capaci di essere conservati a lungo; e poi con esso neppure si riusciva in maniera certa ad eliminare la tossicità dei vaccini. Per inoculazioni sottocutanee, il vaccino sensibilizzato dà febbre, malessere, cefalea; per via endovenosa può dar luogo a gravi reazioni generali. L'inoculazione pura e semplice di gonococchi viventi non è più tossica di così.

Nicolle e Blaizot (*Le Bulletin médical*, ottobre 1913) sono riusciti a deliminare completamente la tossicità del vaccino antigonococcico, e ad ottenere insieme un prodotto stabile, che conserva indefinitamente le sue proprietà specifiche.

Gli autori non rendono pubblico il loro metodo prima di aver terminato le loro esperienze, perchè esso è suscettibile di essere applicato nella preparazione di altri vaccini.

Il potere curativo di questo vaccino atossico è notevolmente più alto. Inoculato nelle stesse dosi finora usate per i vaccini comuni, esso fa ottenere più rapida la guarigione; in dosi superiori dimostra un'efficacia più grande, senza dare fatti di reazione locale o generale.

La sua efficacia è dimostrata dalle cifre di una statistica di 200 casi.

Oftalmia blenorragica. — È nota la gravità di questa localizzazione del processo blenorragico e la difficoltà della sua cura. 24 casi trattati con inoculazioni quotidiane di questo vaccino sono tutti guariti dal 3° al 10° giorno di cura. L'efficacia curativa è immediata: il giorno dopo la prima inoculazione il paziente apre gli occhi, e subito è assicurata l'integrità dell'occhio.

Orchite blenorragica. — 20 casi guariti dopo 4 a 6 iniezioni a giorni alterni. Il dolore cessa 24 ore dopo la prima iniezione, e la risoluzione comincia. Il paziente può riprendere le sue occupazioni il giorno dopo. Una guarigione così rapida mette al sicuro dalla sterilità.

Reumatismo blenorragico. — Tre casi trattati e guariti dopo 2 a 8 iniezioni, ripetute ogni 2 o 3 giorni. Dopo la quarta iniezione si è potuto alzare un paziente che era a letto da più di otto mesi.

Uretrite acuta o cronica, semplice o complicata con cistite, 124 casi trattati. Il dolore e l'edema flogistico cessano rapidamente; la secrezione subito dispare; in parecchi casi è scomparsa dopo la terza iniezione. Non bisogna, però credersi al sicuro dalle recidive: bisogna continuare ancora la cura; in genere sono necessarie 7-8 iniezioni. Con questo metodo sarebbero guarite delle uretriti molto croniche.

La vaccinoterapia non dispensa dal trattamento locale.

Bisogna sempre aver cura di controllare la natura gonococcica del secreto uretrale.

Gli AA. promettono di comunicare prossimamente altri risultati ottenuti nell'uomo e nella blenorragia della donna.

P. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(186). *Amalgame per otturazioni dentarie.* — Nel numero 36 del « Policlinico » lessi la risposta sulle composizioni dei cementi per le otturazioni dentarie.

Io pregherei farmi conoscere la composizione ed il modo di preparazione delle amalgame più in uso per le otturazioni dei denti.

Vorrei pure conoscere la composizione della pasta alla formalina e della pasta *Trio* per la otturazione dei canali radicolari nonchè della *dentina artificiale* del Flecter per cuoprire le polpe scoperte o quasi, prima delle otturazioni.

In attesa

Sassari, *Fonni.*

Dott. GIOACCHINO MARCHI
abbonato 4650.

La composizione delle amalgame più usate è la seguente:

	Argento	Stagno	Rame	Zinco	Oro	Platino
	—	—	—	—	—	—
Ash a. Sons . .	66.54	27.16	5.02	0.90	..	..
Eureka	55.00	40.00	5.00	..	3.00	..
Fellowship . .	67.71	27.95	3.18	1.16	..	..
Flagg.	60.00	35.00	5.00	..	..	..
Fletcher . . .	40.00	56.00	..	..	4.00	..
Globe	44.89	51.90	..	0.50	2 71	..
Herbst	53.85	38.46	..	..	7.69	..
Justi	35.20	69.10	3.50	1.80	0.32	0.80
20.th Century .	67.03	27.13	4.87	1.10	..	..
True Dentalloy	65.91	27.13	5.21	1.52	..	..

Per la preparazione di queste amalgame si fonde prima in un crogiuolo il metallo che fonde a più alta temperatura aggiungendovi a uno a uno i metalli che fondono a temperatura più bassa. Si versa la lega ottenuta in una forma per farne una verga, la quale appena raffreddata si lima; quindi si libera con la calamita dalla limatura il ferro che ha lasciato la lima.

La pasta alla formalina è composta di:

Ossido di zinco	parti	8
Solfato di zinco essiccato .	id.	2
Cresolo	id.	3
Soluzione di formalina . .	id.	1
Eugenolo	id.	1

Glicerina quanto basta per farne una pasta consistente.

La pasta Trio contiene come sostanze fondamentali: tricresolo, creolina e formaldeide.

La dentina artificiale del Fletcher è così composta:

Polvere.

Mastice polverizzato . .	parti	7 ½
Ossido di zinco calcinato	id.	100
Solfato di zinco calcinato	id.	12

Liquido.

Gomma arabica	parti	25
Acqua	id.	65
Alcool	id.	10
Fenolo liquido.	id.	0.25

Come già si disse nel n. 36 del Policlinico per il cemento, si deve qui ripetere che non si riesce ad ottenere con simili indicazioni, le quali sono risultati di analisi, buoni prodotti paragonabili a quelli del commercio, per la difficoltà di procurarsi gl'ingredienti allo stato puro e per la difficoltà della preparazione e riesce più economico comprare questi prodotti che fabbricarli da sè.

A. C.

(187) *La cura empirica della sciatica.* — Un cortese abbonato ci scrive da una città dellla Venezia:

Alla risposta data da CAJUS all'abbonato n. 181 sulla cura della sciatica si può aggiungere: che per conoscere il segreto si può consultare il *Policlinico* sez. pratica (mi pare di 3 anni fa) dove io resi nota la formula che forma la fortuna di certi ciarlataneschi specifici.

Non si tratta che di

Veratrina	gr.	1
Senape polverata . . .	id.	300

Aceto medicinale quanto basta per fare pasta molle a cui si aggiunge qualche grammo di essenza di senape - cloroformio - canfora e *sangue di drago*. Applicare questo pastone lungo tutto lo sciatico, dalla cresta iliaca al calcagno, in garza. Fare contemporaneamente un'iniezione di morfina e lasciare il rivulsivo per 3 ore circa. L'effetto nei casi di sciatica reumatica è mirabolante. Ma i ciarlatani usano la pasta anche nella neurite sciatica per più volte e lasciano andare a casa il povero guarito con molte pillole di morfina in tasca. Si recidiva al cessare dell'azione morfinica e si ricorre al ciarlatano con centinaia di lire. Un signore spese 1000 lire con peggioramento della sciatica.

M. N.

(188). *Dismenorrea in isterica.* — Ho bisogno di un consiglio terapeutico e di qualche notizia patogenetica sul caso che da vario tempo mi è occorso di osservare.

Una giovane signorina, con nessuna nevrosi ereditaria, durante il periodo mestruale che accade regolarmente e per una durata di quattro o cinque giorni, desta serie preoccupazioui per i fenomeni che si presentano.

Dolori spasmodici alla testa, all'addome e alle estremità, notevole abbassamento della vista, ronzii all'orecchio e vomito quasi continuo.

Spesso ha la sensazione, sempre nel periodo mestruale, di sentirsi ingrossata, e qualche volta mostra effettivamente un ventre meteorico e i piedi gonfi: durante i mestrui accade di trovarla priva di sensi.

Tutti questi fenomeni si ripetono esattamente, più o meno accentuati ad ogni periodo mestruale; si comprende come la giovane possa sentirsi grandemente preoccupata all'avvicinarsi del periodo critico.

Quale aiuto si può dare? tutti i tentativi di cure locali fatti durante l'attacco mestruale, per dir così, sono riusciti inefficaci. Dove ricercare la ragione di tali periodici disturbi? Forse nell'isteria?

Supino.

Dott. N. D'Alessio.

Certamente i fenomeni che offre la sua paziente sono tali da destare l'apprensione del soggetto, della famiglia e anche del medico consultato al proposito.

Se però si considerano attentamente essi appaiono come una notevole esagerazione di fenomeni che rientrano nel campo fisiologico. È noto difatti che durante la mestruazione si possono osservare, fortunatamente con frequenza non eccessiva, una quantità di alterazioni a carico di vari sistemi, come ad esempio: cardiopalmo o bradicardia, dispepsia, nausee, diarrea, e in modo particolare possono essere accentuati i fenomeni a carico del sistema nervoso.

Nel caso specifico crediamo che i fenomeni osservati non siano che l'esaltazione di alterazioni nervose fisiologiche, esaltazione che può riportarsi, come giustamente viene osservato, ad isterismo.

Nulla da fare perciò, all'infuori della cura usuale per l'isterismo e, ove occorra, qualche cura sintomatica.

f. b. l.

(189). *Autorizzazione al matrimonio di sifilitici.* — Un mio cliente, giovane di 25 anni, fidanzato, nel mese di aprile si contagiò di sifilide.

Gli praticai la cura classica mercuriale essendo stata assodata la sifilide dai caratteri dell'ulcera, dall'ingorgo glandulare inguinale, dai fatti generali incipienti. Fin oggi ho praticato cento iniezioni che sono state tollerate benissimo e fin da principio, come per incanto, tutto sparì ed allo stato attuale la diagnosi di sifilide progressa non si potrebbe più fare.

Come cura consecutiva praticherò altre cento iniezioni annuali per altri due anni altern-te con cure iodiche.

Il padre della fidanzata si è rivolto a me per sapere quando l'ammalato potrà passare a matrimonio. Io mi sono riserbato di rispondere, e mi rivolgo a voi per avere delucidazioni al riguardo dal vostro illuminato giudizio.

Dott. Ermanno Nuonno.

Legga il lavoro di E. Hoffmann, riassunto nel Policl., Sez. prat., fasc. 8, pag. 267, 23 febbraio 1913:

« Durata della contagiosità della sifilide e consenso al matrimonio alla luce delle nuove indagini ».

I. U.

(190). Le sarei gratissimo se con cortese sollecitudine volesse indicarmi la bibliografia riguardante l' Educazione sessuale e l' Igiene Pedagogica.

Abbonato 7302.

Preferiamo non fornire indicazioni bibliografiche.

Consulti il lavoro di Forel da noi altra volta recensito.

GLOSSARIO MEDICO.

Opsiuria.

(Da *Οψιος*, che giunge o si compie tardi, e *ουρειν*, urinare).

Descritta da Gilbert e Lereboullet (*Société de Biologie*, 9 marzo 1901), dal loro allievo Lecerf (*Thèse de Paris*, 1901) e da Villaret (*Thèse de Paris*, 1906).

Modificazione della diuresi caratterizzata da un ritardo nell'eliminazione dei liquidi ingeriti, di modo che la quantità delle urine emesse durante la notte (mentre l'ingestione dei liquidi è nulla), supera quella delle urine emesse durante il giorno.

V'è spesso inversione parallela nel ritmo dell'eliminazione azoturica.

E' dovuta a cause complesse, tra cui la più importante è il ritardo nell'assorbimento idrico a livello dell'intestino, legato a ipertensione portale. Questo ritardo determina a sua volta quello dell'eliminazione attraverso i reni. L'opsiuria costituisce dunque uno degli elementi principali della *sindrome d'ipertensione portale*.

Si riscontra nella fase preascitica delle cirrosi alcooliche, nelle cirrosi biliari, in certi casi di fegato cardiaco, talvolta nella litiasi biliare e nella colemia familiare.

Si riscontra anche in certi malati colpiti da affezioni varie dell'apparecchio cardiaco-vascolare e dei reni.

(da *La Presse Médicale*).

R. B.

VARIA

Il prezzo delle preparazioni di radium. — Contrariamente alle aspettative, si nota una riduzione sensibilissima nel prezzo delle preparazioni di radium (*Journ. Ind. Eng. Chem.*, settembre 1913, n. 780; *Journ. A. M. A.*, 1913, 11 ottobre, p. 1382).

Nel 1911 le preparazioni di radium della Austrian Radiumpraeparatefabrik ammontarono a gm. 14.1, contenenti gm. 2.647 di cloruro di radium puro valutato lire 1,074,500. La produzione totale di bromuro di radium oscilla ancora fra 2 e 3 gm. di radium all'anno: si mantiene quasi costante.

Non può dunque invocarsi un aumento della produzione. Eppure al principio del 1913 il bromuro di radium puro si vendeva in Germania al prezzo di lire 525 al milligrammo, mentre in luglio vennero fatte a Vienna delle vendite alla metà di questo prezzo.

Il decremento del prezzo non può spiegarsi che grazie alla minore richiesta, dovuta all'avanzare dei mesothorium, che viene usato al posto del radium, sovratutto in medicina.

La richiesta larghissima di sostanze radioattive per la cura dei tumori maligni, tende ad essere soddisfatta esclusivamente con questa sostanza, la quale è molto più economica. Il mesothorium, più attivo del radium sui tessuti neoformati, può ottenersi al prezzo di sole lire 160 al milligrammo; e sebbene la vita del mesothorium sia corta, si dà ad esso la preferenza.

Si vuole che mescolandolo a sali di radium si ottengano delle preparazioni a lunga vita.

Un altro prodotto che tende a soppiantare il radium è il radiothorium. A. A.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. ANGELO CASALI. **Sulla presenza dei corpuscoli di Prowazek nel tracoma.** (Pavia, Succ. Bizzoni, 1912).

Quanto rumore destassero nel mondo scientifico il Prowazek e l'Halberstadter nel 1907 quando per i primi annunziarono la presenza di certi clamidozoi nell'epitelio della congiuntiva affetta da tracoma nell'uomo e nella scimmia, è conosciuto da quanti seguono i progressi della batteriologia.

Solo le loro conclusioni non furono condivise dalla schiera degli osservatori, giacchè essi ritenevano tali corpuscoli — di natura forse parassitaria — come elementi specifici del tracoma, anzi degli agenti etiologici.

Invece le ricerche dell'Addario, del Zur Nedden, dello Spoto, dell'Heymann, con ingrandimenti di 2000 diametri, confermavano la presenza di tali corpuscoli non solo nell'epitelio, ma anche nel contenuto dei follicoli tracomatosi accanto al nucleo; e non solo nel tracoma, ma anche nelle congiuntiviti gonorroiche, nelle follicolari, nelle semplici e financo nella congiuntiva normale.

Se ne dedusse, perciò, che questi corpi non avessero alcuna importanza e che fossero degli elementi di degenerazione del nucleo delle cellule.

Il Casali esponendo tutte le dottrine a proposito, presenta i risultati delle sue ricerche che sono davvero degni di menzione.

Il materiale è della Clinica oculistica dell'Istituto di studi superiori di Firenze, le microfotografie sono da obiettivi a 3000 diametri.

Egli ha preso un numero eguale di malati per ogni forma di congiuntivite. Ha trovato i detti corpuscoli nel 70 % nel tracoma acuto, nel 60 % nel tracoma cronico, nel 20 % nella congiuntivite blenorroica, e nessun corpuscolo in nessuna altra forma di malattia della congiuntiva.

Per l'A. i corpi di Prowazek se non sono gli agenti etiologici del tracoma, hanno una qualche importanza per la diagnosi perchè si trovano a preferenza in questa affezione.

Dott. GIULIO COZZOLI.

A. ONODI. **Die Beziehungen der Tränenorgane zur Nasenhöhlen und zu ihren Nebenhöhlen.** Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1913. M. 7. 50.

Sui rapporti tra organi lagrimali e cavità accessorie del naso si trova molto poco nei trattati di anatomia, di rinologia o di oculistica. L'A. perciò in base a numerose osservazioni originali ha studiato profondamente l'argomento che svolge in questa splendida monografia dove sono esposte lucidamente questioni riguardanti l'etiologia e la terapia delle malattie delle glandole lagrimali. Il testo è corredato da 45 illustrazioni rappresentanti altrettante fotografie di preparati originali in grandezza naturale.

Sia il testo che le spiegazioni delle tavole è scritto oltre che in tedesco anche in francese ed inglese. P. A.

LAGLEYZE P. **Du strabisme.** Paris, Jules Rousset, éditeur. 1913. Prix: 15 fr., 1 volume in-8, di 409 pagine, con 152 figure.

Il libro è diviso in tre parti: ricerche etiologiche, patogenesi e meccanismo del trattamento.

Nel suo lavoro il prof. Lagleyze espone molte vedute originali sopra un gran numero di problemi scientifici e clinici, la soluzione dei quali ha sempre preoccupato i più illustri oftalmologi.

Non si tratta di un manuale didattico destinato all'insegnamento, ma è un lavoro frutto di migliaia di osservazioni cliniche compiute durante un trentennio di pratica professionale. R. B.

CAILLAUD M. **L'arte dell'occhialeria. La scelta delle lenti e delle loro armature in oftalmologia.** Traduzione italiana con note ed aggiunte del dott. Ercole Passera. Torino, Rosenberg e Sellier, 1913. L. 4.

Il dott. Ercole Passera, traducendo questo manuale di occhialeria del dott. Caillaud, ha soddisfatto un desiderio vivamente sentito da ottici e da oftalmologi: vi troveranno uno studio approfondito delle varie specie di vetri usati in occhialeria e le qualità ottiche a ciascuna di esse inerenti, la lavorazione delle superfici dei vetri di ottica e la misurazione, così importante in pratica, delle armature degli occhiali.

L'oculista troverà in questo *vade-mecum* quanto occorre per metterlo in grado di formulare le prescrizioni di lenti e di controllare il modo col quale vennero eseguite. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La protesta di un sacerdote contro i metodi del ciarlatanismo.

Nel giornale *Il Berico* è comparsa la seguente lettera di un bravo prete che si firma *Don Aurelio,* la quale merita di essere riprodotta da tutt'i giornali medici italiani per la franca sincerità ed il buon senso con cui è scritta. La lettera pare diretta soltanto ai confratelli di sacerdozio dello scrittore: ma che direbbe il buon prete veneto se gli dicessimo, in confidenza, che essa potrebbe dirigersi egualmente bene a molti medici italiani, ai quali tutt'i giorni si rivolgono le arti allettatrici dello sfacciato ciarlatanismo farmaceutico, con proposte di *compèrage* che si ripetono con troppa insistenza per poter pensare che esse ricevano sempre e da tutti l'accoglienza che si meritano?

C.

Ieri la posta mi recò due fascicoli di « réclame » uno per certi globuli di portentosa efficacia contro l'anemia, l'altro per le malattie dei reni. Il primo avea viaggiato mezza Italia per farmi sapere che se io ne fo' comprare tre o quattro scatole riceverò in dono una spazzola, od un pettine, od un asciugamani, ma crescendo nel numero delle scatole e sempre a prezzo di costo avrei potuto avere in dono una pendola od un carrozzino, un messale artistico da 700 franchi, o uno sciallo per signora, un servizio da tavola od un tritaformaggio, il panno per una sottana od un macinino ecc.; mentre il secondo più aristocratico e meno sfacciato non mi proponeva un affare, ma solo la salute dei miei parrocchiani a L. 3.50 la scatola franco di porto.

Oggi invece ricevo della « réclame » in carta asciugante (sempre utile, dice) e mi promette una buona interessenza, se io mi fo' compare per la vendita di certi glomeruli o pillole di effetto più che certo e miracoloso.

Ma anche la settimana scorsa ricevetti di tali « réclames » banali nella forma e poco rispettose nella sostanza, colle quali certi speziali grossisti e grossolani mi vogliono persuadere a farmi loro rappresentante, colla promessa di una buona percentuale (10 per cento, 25 per cento ed anche 30 per cento) sul prezzo della merce venduta.

Dimenticavo di dire ch'io sono sacerdote e siccome ho la persuasione che molti dei miei colleghi abbiano ricevuto e ricevano come me tali « réclames » e tali sollecitatorie come esca di comparaggio, così qui mi permetto di dire a quei signori speziali grossisti e grossolani: « Per conto mio, Signori, mi attengo al *tractent fabrilia fabri,* e dei vostri prodotti, delle vostre pillole, dei vostri globuli e glomeruli, come anche delle vostre grattuggie e dell'altro ciarpame che mi offrite, non so proprio che cosa farne: non ne voglio sapere affatto nè per me (grazie a Dio) nè per il mio prossimo. Vedete, Egr. Signori, il prossimo mio isterico od anemico, clorotico o linfatico mi fa tanta compassione che se potessi gli darei un pollo al dì per farsi del brodo, ma non mi azzardo di suggerirgli o di dargli alcuna delle vostre scatole prodigiose, se non altro, perchè quel guadagno del 30 per cento senza nessuna fatica, non mi pare onesto, mentre mi pare del tutto disonesto fargli pagare 3 o 4 franchi l'una delle scatole di polvere forse inerte, ma forse anche contenenti dei rimedii veri sì ed autentici, ma che io non conosco e di cui non posso conoscere l'utilità e l'opportunità per una diagnosi coscienziosa del loro male».

Ai miei confratelli invece direi: « Prescindendo dalla poco decorosa partecipazione agli utili in un affare che sa di industrialismo molto bottegaio e che è illegale e proibito, noi non possiamo e non dobbiamo prescrivere o suggerire farmaco alcuno per le seguenti ragioni: difficilmente noi, coi nostri studi e coi mezzi che possiamo usare, possiamo con sicurezza diagnosticare la malattia di chi ci espone i suoi disturbi, quindi ci è impossibile suggerire un rimedio, che per certa nostra scienza e coscienza, si possa ritenere utile a loro: non conoscendo la composizione di quelle pillole o globuli, noi non possiamo proporzionarle al bisogno del malato, alla sua età e condizione fisiologica, e quand'anche per un mero caso noi indovinassimo il genere di cura, se indipendentemente da questa noi ci trovassimo ad avere un risultato poco o niente buono, noi non troveremmo che una scarsa giustificazione nella nostra buona volontà e nella rettitudine di intenzione perchè... quel non buono risultato fu per noi volontario in causa (chi scrive sa positivamente che non in un solo caso i

risultati di cura furono meno che soddisfacenti).

Noi dovremo pensare: quali studii abbiamo noi fatto di fisiologia, di patologia, di materia medica, di semeiotica, di posologia? e nel caso pratico come si fa a rivolgere a certi malati le domande necessarie a conoscere il caso? E se l'apparente anemia per es. nasconde una vera malattia del sistema nervoso? se l'apparente isterismo nasconde un vizio organico od è effetto d'uno stato fisiologico delicato e necessitante cura e riguardi speciali?

Si sa poi che generalmente quei globuli o «cachets» o glomerulini sono a base di veleni potentissimi — arsenico, stricnina, fosforo, ecc. — come possiamo noi con tranquilla coscienza affidarli alla poca discrezione di chi ignorante od isterico spesso rifiuta un consiglio dal medico per motivi troppo particolari?

Mi diceva tempo fa un bravo medico che il somministrare per es. dei prodotti arsenicali a madri che dieno ancora il latte al loro bambino è estremamente pericoloso per quest'ultimo, ora non è raro il caso che una tale madre si senta molto debole, che presenti anche un aspetto come d'ammalata, è chiaro che una cura arsenicale per essa è controindicata.

Direi poi ai medesimi miei colleghi che nel marzo di questo anno fu promulgata una legge speciale che commina pene gravissime di carcere e di multe a chi abusivamente prescrive medicine senza essere medico, o le spaccia o rivende senza essere farmacista approvato. Quella legge è veramente saggia e provvidenziale non solo obiettivamente ed in sè stessa, ma anche perchè essa lascia la vera responsabilità a cui spetta, mentre nessuna legge, neanche quella della carità cristiana, può obbligare noi ad assumerci così alla leggiera responsabilità gravissime con atti e fatti che nessuna prudenza ci consiglia, nessuna necessità ci giustifica perchè dei medici se ne trovano dappertutto.

E allora?

Visto il modo veramente sbarazzino in cui quelle cointeressenze ci sono offerte: considerate le gravi responsabilità sia di ordine morale che d'ordine materiale e personale cui gratuitamente andremmo incontro; tenuto conto che è pur necessario non togliere al farmacista ed al medico la loro clientela, a mio modesto parere sarebbe necessario lasciare che «tractent fabrilia fabri».

E poichè sono pochi i dilettanti di commissioni farmaceutiche, questi pochi respingano sempre e senza tanti riguardi le «réclames» che ricevono, gli opuscoli e i trattatelli, gli almanacchi e le buffonesche monografie ed i regali anticipati che con poco rispetto a noi troppo spesso vengono a tentarci di farci complici di un commercialismo poco coscienzioso, spesso niente affatto onesto, e sempre, assolutamente illegale. Con tante scuse... *Don Aurelio.*

Cronaca del movimento professionale.

I medici e la nuova Camera.

Nella votazione di ballottaggio del 2 novembre fra i medici candidati furono eletti gli on. Castellino, Cavallera, Dore, Gregoraci, Imbriaco e Mazzarella.

Caddero i deputati uscenti on. Ciocchi, Giulietti, Guidone e Messedaglia.

Il gruppo medico della Camera per la XXIV legislatura comprende perciò 36 deputati, precisamente quanti ne conteneva la precedente e cioè: Antonio Angiolini, Guido Baccelli, Nicola Badaloni, Leonardo Bianchi, Vincenzo Bianchi, Edoardo Bonardi, Armando Bussi, Luigi Capitaneo, Raffaele Caporali, Giulio Casalini, Paolo Casciani, Pietro Castellino, Giuseppe Cavallera, Napoleone Colajanni, Carlo Cucca, Francesco Dore, Giuseppe Faranda, Vito Fazzi, Pier Nicola Gregoraci, Pietro Imbriaco, Fabrizio Maffi, Giulio Masini, Basilio Mazzarella, Teodoro Morisani, Edoardo Pantano, Raffaele Paparo, Michele Pietravalle, Giovan Battista Queirolo, Roberto Rampoldi, Santi Rindone, Angelo Roth, Giuseppe Sanarelli, Rocco Santoliquido, Domenico Tinozzi, Nello Toscanelli, Attilio Vignolo.

Politicamente, questo gruppo si compone di 16 liberali, 10 radicali, 6 socialisti ufficiali, 2 democratici costituzionali, 1 repubblicano, 1 socialista riformista.

La classe medica italiana saluta con compiacenza il ritorno alla Camera di alcuni suoi amati maestri, di antichi e stimati uomini parlamentari, di giovani energie nuove.

Siamo sinceramente dolenti che gli elettori di Lugo abbiano lasciato in minoranza Umberto Brunelli, presidente dell'Associazione Nazionale dei medici condotti, il quale anche fuori del Parlamento continuerà a dedicare tutta la sua opera all'elevamento morale ed economico dei suoi compagni di lavoro; ma notiamo con viva soddisfazione che gli elettori di Nuoro hanno invece onorato sè stessi scegliendosi a rappresentante il dott. Francesco Dore, un medico condotto sardo che personifica la semplicità e rigidità di carattere e la bontà d'animo della sua razza.

CAJUS.

L'Associazione Romana dei Medici Ospedalieri si è riunita il 4 corrente in numerosa assemblea.

Espletate le pratiche di ordinaria amministrazione si occupò del ricorso presentato dal socio prof. Dalla Vedova contro la punizione inflittagli dal direttore dell'Ospedale di S. Giacomo, e votò all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea della Sezione Romana dell'Associazione Nazionale dei Medici Ospedalieri;

« Davanti al gravissimo provvedimento preso dal direttore dell'Ospedale di S. Giacomo verso il collega primario professore Dalla Vedova;

« Protesta vivamente contro l'atto arbitrario, offensivo di ogni norma regolamentare, lesivo del prestigio del personale sanitario tutto, il quale nel provvedimento contro il collega Dalla Vedova vede l'offesa aperta alla sua dignità e ai suoi diritti;

« Denuncia all'Ordine dei Medici il fatto deplorato e lo invita ad occuparsene, pronto ad assumere quell'atteggiamento che l'ulteriore svolgimento dei fatti, potesse richiedere ».

Si procedette poi alle elezioni suppletive per le cariche rimaste vacanti, e risultarono eletti i seguenti consiglieri:

Prof. Giovanni Mingazzini, prof. Nicola Sforza, dott. Manginelli, dott. Gino Pieri, segretario e cassiere, dott. Armando Sala, vice-segretario.

Si decise quindi di convocare per sabato 8 una nuova assemblea alla quale il Consiglio Direttivo si riserva di esporre il suo programma circa le varie questioni che agitano in questo periodo il personale sanitario degli ospedali.

I medici condotti del Comune di Roma. — Nell'adunanza tenuta lunedì 3 corrente dalla sezione romana dei medici condotti nella sede del consiglio dell'Ordine veniva approvato il seguente ordine del giorno:

« I medici condotti del comune di Roma, udita la relazione del colloquio avuto dai loro rappresentanti con l'assessore per l'igiene;

delegano la stessa commissione che parlò con l'assessore a presentare a questi un memoriale in cui siano dimostrati i danni che deriverebbero sia alla classe che alla cittadinanza dalla applicazione dei progetti di riordinamento, sia provvisorio che definitivo, dei servizi che l'assessore ha in animo di presentare;

deliberano di opporsi ora ed in appresso e con ogni mezzo alla attuazione dei detti progetti ».

La Associazione tra i medici chirurgi liberi esercenti di Roma ha votato un ordine del giorno stigmatizzante una recente disposizione del R. Commissario degli Ospedali di Roma che impone la tassa d'iscrizione di L. 50 per i concorrenti al posto di chirurgo aiuto negli Ospedali e quella ulteriore di L. 150 per i vincitori. Troviamo anche noi poco liberale questa disposizione che non ha confronti in altre amministrazioni, e facciamo voti che non si insista in essa.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4111) *Aumenti sessennali.* — Il Dott. G. B. da C. V. espone che fu nominato insieme ad altri due colleghi medico condotto di un Comune diviso in tre diverse zone e che, venuto a mancare uno dei colleghi, la di lui zona fu assegnata ai due medici che rimanevano, con conseguente aumento di assegno. Domanda se l'aumento sessennale deve essere liquidato in base allo stipendio primitivo od in base a quello accresciuto.

Essendosi il Comune riservato il diritto di far ritornare in qualsiasi epoca le cose al primitivo stato, deve ritenersi che l'attuale stipendio sia affatto temporaneo e godibile sotto la condizione che la condotta rimanga ancora divisa in due anzichè in tre zone. Per tale considerazione, l'aumento sessennale va commisurato allo stipendio primitivo e non a quello posteriormente ottenuto.

(4112) *Stabilità.* — Al Dottor abbonato n. 2490 rispondiamo che egli sarà virtualmente stabile col giorno 31 prossimo dicembre. Sarà poi effettivamente stabile col 31 marzo 1914.

(4114) *Pensioni.* — Al Dott. E. C. da C. D. rispondiamo che egli col 31 dicembre prossimo conterà 24 anni e 4 mesi di servizio, essendo computabili i 9 anni prestati prima della istituzione dalla Cassa di previdenza. Potrà quindi andare in pensione col giorno 1° del p. v. marzo. Tenuto conto del contributo plurimo da Lei versato per un decennio, liquiderà annue lire 928.20 di pensione, oltre il supplemento di lire 29.73 spettantele per il versamento volontario di lire 88 da Lei fatto per anni quatro. Il Comune con la somma di lire 528 paga il contributo per quattro posti di medico. Se i posti sono solamente due, potrebbe darsi che pagasse anche i contributi propri di Lei e del veterinario. Indaghi presso la segreteria del Comune. L'errore materiale dello ammontare dei contributi sarà a suo tempo corretto di ufficio.

(4115) *Assistente di clinica - Pensione.* — Il Dott. B. M. da M. ci interpella per conoscere se sono computabili agli effetti della pensione gli anni di servizio prestati nella qualità di assistente di clinica.

Gli anni di servizio prestati come assistente di clinica sono computabili perchè prestati allo Stato senza diritto a pensione. Durante tale periodo di servizio il medico può rimanere od iscriversi alla Cassa e lo Stato paga il contributo che ad esso compete, come qualunque altro degli enti contemplati nell'art. 1° della legge.

(4116) *Visita collegiale - Pensione.* — Il Dottor G. G. da G. S. chiede conoscere cosa deve fare per chiedere la visita collegiale e quale pensione od indennità gli potrà competere.

La visita collegiale deve essere chiesta al medico provinciale, che determinerà le norme secondo cui e ssa deve aver luogo. L'indennità che Le potrà competere è di lire 8635. 40.

(4118) *Titolo professionale · Stabilità.* — Il Dottor D. C. da . . . . avendo prestato servizio come interno e come assistente onorario nella clinica medica può assumere il titolo di: *già assistente e interno nelle cliniche di* . . . e se possa ritenersi stabile nella condotta in cui attualmente presta servizio.

Noi crediamo che nulla si opponga a che Ella assuma il titolo indicato, perchè esso corrisponde ad ufficii realmente da Lei sostenuti. Non può ritenersi stabile perchè l'anno di interinato fu prestatato con notevole interruzione di fronte alla nomina conseguita in base a concorso.

(4119) *Sessennii.* — Il Dott. M. M. in M. desidera conoscere se disponendo il proprio capitolato che i sessenni debbono essere sempre commisurati allo stipendio iniziale, questa parola iniziale debba riferirsi allo stipendio di prima nomina od a quello che è venuto aumentandosi per effetto dei sessenni già conseguiti.

Allorche il capitolato parla di stipendio *iniziale* deve riferirsi a quello di prima nomina. Di guisa che tutti gli aumenti sessennali debbono essere di annue lire 60.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALESSANDRIA. — Due condotte: L. 1500 pei poveri; aumenti quinquennali fino a L. 1950; L. 100 per supplenza. Scad. 30 nov. Servizio entro 15 giorni. Ab. 1600 e 4000; fam. povere circa 40 e 86.

ANELA (*Sassari*). — Condotta; L. 3000 nette. Scad. 15 novembre.

ARZIGNANO (*Vicenza*). — Due condotte libere; L. 3500 e L. 3000. Scad. 15 novembre.

ATTINÙS. (*Udine*). — L. 3500 pei poveri, tre sessenni. Scade 20 novembre. Il capoluogo unito alle frazioni con strade carrozzabili. Documenti di data non anteriore ai 6 mesi. Assunzione del servizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospidalieri.* — Fino alle ore 15 del 15 novembre sono aperti concorsi per titoli a due posti di Medico-chirurgo assistente biennale; vedi fasc. 43.

CASALROMANO (*Mantova*). — Medico; L. 4100 aument. ed alloggio. Scad. 12 novembre.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dicembre.

FICULLE (*Perugia*). — Ab. 3186. Concorso ad una delle due condotte comprimarie; lorde (in corso di approvazione) L. 4100, senza obbligo di caval. Riposo quindicinale. Scad. 20 nov. Autorizzazione ad accettare eventuale nomina Medico di sezione delle ferrovie. Richiedere avviso al Municipio.

MERGO (*Ancona*). — L. 3000 pei poveri, L. 500 pei semi-abbienti, L. 500 indennità varie. Scade 19 novembre.

MODENA. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario dell'ospedale congregazionale; titoli ed eventualmente esami; sei anni di laurea; triennio in clinica od ospedali; 30-40 anni; divieto di servizio in cliniche, altri Istituti e case private di cura. Nomina triennale; conferme triennali. Gratificazione annua di L. 600 (seicento). Servizio entro 15 giorni. Chiedere l'annunzio.

MONTÀ (*Cuneo*). *Ospedale-Ricovero « Misericordia Dei ».* — Medico; per schiarimenti rivolgersi alla segreteria. Scad. 12 nov.

MONTALCINO (*Siena*). — Due medici per la cura gratuita agli abitanti di Torrenieri e S. Angelo in Colle; L. 3100 lorde ciasc., obbl. a. f.; il secondo ha l'obbligo di una visita settimanale a Camigliano; L. 400 ciasc. per la cav. Scad. 15 nov.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Concorso per la condotta pel Castello di Querceto e Sassa. L. 3450, lorde, compreso cavalcatura. Scad. 30 nov.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Condotta chirur.; L. 4000 nette. Scad. 15 nov.

ORTANOVA (*Foggia*). — Medico di Ordona; L. 1800 lorde per i soli poveri, ab. 1300 riuniti. Scadenza 22 nov.

PERETO (*Aquila*). — A tutto il 15 nov. condotta piena a L. 3500 pei poveri, L. 300 per gli abb., L. 200 quale U. S., lorde; un anno in ospedali dopo la laurea o due di condotta come titolare o tre di esercizio libero.

PERUGIA. *Università Libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PETTINEO (*Messina*). — Condotto; L. 2800 nette, non più di 40 anni, s. esercizio regolamentare, 2 anni servizio ospedali o condotte. Abitanti 2976. Scadenza 30 novembre.

PINASCA (*Torino*). — Medico del consorzio con Inverso Pinasca e Villar Perosa; L. 2200 e L. 200 quale U. S. Scad. 15 novembre.

ROCCAPRIORA (*Roma*). — L. 4000, cura piena. Scade 15 novembre.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Allievi ufficiali di complemento e sottotenenti medici di supplemento presso alcune Direzioni di sanità militare e presso alcuni reggimenti d'arma a cavallo. Vedansi le norme relative ai corsi speciali ed all'ammissione nel « Giornale Militare » n. 36 del 26 agosto 1913, n. 1070. Scad. 30 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti.* — Dieci chirurghi aiuti. Vedi fasc. 43. Scadenza ore 16 del 2 dicembre 1913.

SARTEANO (*Siena*). — 2ª condotta a tutta cura, 2400 abit.; L. 2000 pei pov., L. 1150 per gli abb., L. 250 per sostituz. reciproca, L. 600 per cavalc., nette; assicuraz. Servizio entro 15 giorni. Scad. 15 nov.

SUZZARA. *Congregazione di carità.* — Cercasi subito medico-chirurgo assistente, stipendio L. 1300, alloggio, percentuale compensi operativi. Presentare documenti all'Amministrazione.

TEMPIO (*Sassari*). — Medici per i soli poveri delle frazioni Luogosanto e Arzaghena; L. 2000 ciasc. e L. 100 per a. f., oltre premi e sussidi governativi per intensificazione lotta malarica. Scad. 15 novembre.

VAILATE (*Cremona*). — Medico chir. residenziale; L. 3500 al netto di R. M., due sessenni. Ab. 3450 dei quali circa 3100 considerati poveri. Non obbligo mezzo di trasp. Incarico U. S. e direzione ospedale Caimi. Il territorio com. è considerato zona malarica. Assunz. posto entro 15 giorni. Scad. 30 nov.

ROMA. *R. Università.* — È indetto il concorso per titoli a quattro posti di studio della Fondazione Corsi* tra laureati della Facoltà di medicina e chirurgia nell'università. Laurea da non oltre un triennio solare a datare dal 10 ottobre 1910, dopo aver frequentato i corsi per un biennio almeno nella Università. L. 100 mensili per otto mesi. Scad. 30 giugno 1914.

Cercasi medico-chirurgo interino per la durata di mesi tre, a cominciare dal 1° dicembre p. v. Stipendio L. 400 mensili. Obbligo della cavalcatura. Disdetta scambievole un mese prima. Rivolgersi al Sindaco di Amatrice.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asteriscbi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Ronco Scrivia (Genova), Nanto Castegnero (Vicenza), Locatello (Bergamo).

Revoca di diffida: Mergo (Ancona).

La Presidenza dell'A. N. M. O. visto il bando di concorso, in data 3 ottobre 1913, al posto di Chirurgo Primario dell'Ospedale di S. Salvatore di Pesaro;

Considerato che il bando include tra le condizioni quella del limite massimo di 40 anni di età per l'ammissione al concorso;

Ritenuto che tale condizione è lesiva dei legittimi interessi dei medici ospedalieri e non è vantaggiosa neanche al fine che ogni concorso deve proporsi, e cioè la migliore selezione possibile del candidato da nominarsi;

ha diffidato

il concorso predetto e rivolge un appello ai medici ospedalieri organizzati e non organizzati affinchè non concorrano o si ritirino dal concorso se già avessero inoltrata domanda per parteciparvi.

Nomine, promozioni e onorificenze.

FIRENZE. — Il dott. Chiappella Riccardo è abilitato alla libera docenza in igiene e polizia sanitaria.

MESSINA. — Il prof. Besta Carlo è nominato straordinario di clinica delle malattie mentali e nervose.

MODENA. — Il dott. Massaglia Aldo è nominato assistente in medicina legale.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Pellegrino Camillo in ortopedia; Palazzo Giuseppe in patologia chirurgica.

Il dott. Jacono Igino è nominato assistente di fisiologia.

PADOVA. — Il dott. Berti Antonio è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

Il dott. Palmieri Luigi è nominato aiuto in clinica oculistica.

PARMA. — Il dott. Tedeschi Aldo è abilitato alla libera docenza in igiene.

SASSARI. — Il prof. Baglioni Silvestro è nominato straordinario di fisiologia. (Rallegramenti)

SIENA. — Il prof. Gagnoni Enrico è nominato straordinario di clinica pediatrica.

Il dott. Guerra-Coppioli Luigi è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

TORINO. — Il dott. Camera Ugo è nominato assistente in patologia chirurgica.

TRIESTE — Il Consiglio comunale ha nominato, con votazione quasi unanime, il prof. Giulio Ascoli a coprire la carica di direttore del Civico Nosocomio.

Con regio decreto sono state accettate le dimissioni dall'ufficio di membro del Consiglio provinciale di Sanità di Benevento del prof. Cravino Andrea, e con successivo decreto il dott. Vatteroni Aristide Riccardo è stato nominato membro del Consiglio provinciale di Sanità di Benevento per il triennio 1913-1915.

NOTIZIE DIVERSE

XXIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Non essendosi potuto organizzare a Tripoli, si adunerà a Roma nel dicembre p. v.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al prof. Luigi Lucatello, R. Università di Padova.

L'XI Conferenza internazionale contro la tubercolosi

si è svolta a Berlino. All'inaugurazione intervenne l'Imperatrice di Germania.

Era rappresentata la Federazione italiana delle opere antitubercolari.

Una delle sedute venne presieduta dal sen. Maragliano.

Dalle relazioni sui progressi della lotta contro la tubercolosi nei varii paesi è emerso l'aumento progressivo dei sanatori e la confortante diminuzione dei decessi per tubercolosi.

Importanti questioni sono state discusse, in particolare sui mezzi curativi e sulle assicurazioni private e statali. Vennero anche pronunziate alcune interessanti conferenze, illustrate da proiezioni.

La prossima riunione avrà luogo a Berna nel prossimo anno.

Il Congresso internazionale per i pronti soccorsi e le ambulanze

si è svolto a Vienna in settembre. Alla seduta di chiusura venne deliberato di costituire un Comitato internazionale per i primi soccorsi in casi di gravi disastri — terremoti, inondazioni, epidemie, — come la Croce Rossa fa in tempi di guerra.

Congresso internazionale per la prevenzione degli infortuni e l'igiene del lavoro.

Il Comitato permanente, adunatosi a Lipsia in settembre, ha deliberato d' indire la riunione di un congresso a Parigi nel 1915.

Il V Congresso italiano dei medici ferroviari.

Il Comitato esecutivo di questo congresso, che doveva aver luogo a Napoli in ottobre, ha creduto opportuno un rinvio motivato dalle elezioni politiche.

Il Congresso avrà luogo nella primavera del 1914.

La Cassa Nazionale di Previdenza per gli operai.

Il Consiglio di Amministrazione della Cassa Nazionale di Previdenza per gli operai ha approvato il rendiconto generale per l'anno 1912.

Il direttore generale della Cassa, comm. Orazio Paretti, espone in esso le risultanze dell'anno, facendo rilevare il progressivo sviluppo finanziario dell'Istituto e l'aumento continuo delle iscrizioni.

Ordinanza di Sanità Marittima.

Il Ministro dell'Interno, constatata la comparsa del colera nell isola di Salamina (Grecia), veduta la convenzione sanitaria internazionale di Parigi del 3 dicembre 1903 e veduto il testo unico delle leggi sanitarie, approvato con Regio decreto 1 agosto 1907, decreta che le provenienze da Salamina siano sottoposte alle disposizioni contro il colera contenute nell'ordinanza di sanità marittima n. 10 del 1° settembre 1907.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Vi consacra un ampio studio illustrato, nella *Berliner Klin. Wochenschrift* del 20 ottobre 1913, il prof. Joachims Shal di Berlino, che lo dichiara « sicuramente il più bello del mondo » (wohl das schönste der Welt).

All'Istituto per le malattie infettive di Berlino.

Il prof. Gaffky, direttore del celebre Istituto fondato da Roberto Koch, si è ritirato dal suo posto a partire dal 1° ottobre u. s.

Egli si dice stanco di lavorare, in causa della sua età, 63 anni; intende concedersi un riposo completo nella sua città natale, Hannover.

Gli subentrerà probabilmente il prof. Loeffler di Greifswald.

C'è da rimanere sorpresi che Loeffler, quasi alla stessa età del collega, abbia manifestato altre volte il desiderio di lasciare la sua piccola residenza per quella agitata e turbinosa di Berlino.

Questo suo desiderio si è certo acuito dopo la perdita della consorte, avvenuta or è qualche anno.

Colonie estive di Roma.

È stata pubblicata, a cura del benemerito Comitato pro Colonie estive scolastiche marine e montane, la relazione medica sui risultati conseguiti.

La relazione reca le firme dei dottori e professori Enrico d'Anna, medico addetto alla *Colonia speciale* di Nettuno, Efisio Melis, Ilario Romanelli, Silvestro Silvestri, Pietro Zannelli.

L'Istituto ha potuto provvedere questo anno alla cura di 758 fanciulli, di cui 50 tubercolotici.

La spesa conplessiva, compresa quella per l'ampliamento delle colonie esistenti e l'impianto delle nuove, ammonta a oltre 50,000 lire, in gran parte versate grazie alla beneficenza privata. Per la colonia speciale di Nettuno, destinata ai bambini tubercolotici, si sono spese in due mesi di esercizio circa 8000 lire.

Il premio Nobel per la medicina.

L'Istituto Carolino di Stoccolma ha proposto per il premio Nobel il prof. Richet di Parigi.

Carlo Roberto Richet, nato nel 1850 in questa città, è uno dei più illustri fisiologi viventi, professore di fisiologia, in quella Facoltà medica fin dal 1887.

Ha pubblicato importantissimi lavori scientifici fra i quali :

I veleni dell'intelligenza — Ricerche sperimentali e chimiche sulla sensibilità — La struttura delle circonvoluzioni cerebrali — L'uomo e l'intelligenza — Il calore animale — Vocabolario di Fisiologia.

In collaborazione con Hericourt, egli stabilì nel 1888 il principio della *sieroterapia*. Applicata dai due scopritori alla tubercolosi, la sieroterapia dette risultati incerti; ma fu battendo la stessa via che

venne trovata la cura specifica della difterite, la quale dimostrò l'eccellenza del metodo. Seguirono poi le altre molteplici applicazioni dello stesso principio.

Dobbiamo anche al Richet l'importante scoperta dell'*anafilassi*, che ha rinnovate molte concezioni della patologia ed è stata suscettibile di larghe applicazioni pratiche.

Ad essa egli deve l'assegnazione del premio.

A partire dal 1880 ha diretto per una lunga serie di anni la « Revue scientifique ».

Il Richet è anche filosofo, autore drammatico, poeta ed un fervente pacifista; ha scritto vari volumi di arte e poesia; presiede la Società francese per l'arbitrato fra le Nazioni.

Un diploma d'onore.

La Commissione generale dell'Esposizione russa d'igiene ha conferito il Gran diploma d'onore alla Società Italiana per gli studi della malaria ed al prof. Angelo Celli, in riconoscimento dei successi riportati in Russia dall'applicazione dei metodi italiani per la lotta contro la malaria.

Onoranze a un collega.

La Società apolitica di mutuo soccorso fra i reduci d'Africa (Eritrea e Libia), risiedente a Milano e che conta 440 membri, ha offerto una ricca medaglia d'onore in oro al proprio medico sociale dott. Francesco Polli, il quale da 10 anni presta gratuitamente alla Società l'opera sua intelligente e amorevole.

Corso di perfezionamento.

Si è inaugurato a Genova, presenti le autorità accademiche e sanitarie della città, il primo corso di perfezionamento per medici, organizzato dai liberi docenti. V'intervennero numerosissimi sanitari di tutte le provincie dell'Alta Italia. Parlarono il presidente dell'Ordine dei sanitari dottor Grossi e il prof. Segàle, trattando dei rapporti fra l'alta coltura e la vita professionale dei medici.

Congresso d'igienisti e tecnici municipali.

Si è tenuto a Torino, nel salone dell'Istituto professionale operaio, un Congresso dell'associazione generale degl'igienisti e tecnici municipali di Francia, Algeria, Tunisia, Belgio, Svizzera, Gran Ducato di Lussemburgo. Il sindaco conte T. Rossi portò il saluto della città. Il prof. F. Abba tenne una conferenza sui progressi igienici, demografici e sanitari di Torino. L'avv. A. Fubini parlò della legislazione sulle case popolari ed economiche.

Due grammi di radium.

L'Istituto del radium di Londra ha acquistato due grammi del prezioso metallo da una ditta francese al prezzo di circa di due milioni di fr. Il certificato d'acquisto dichiara che il radium fu prodotto sotto la sorveglianza diretta della signora Curie.

L'acquisto fatto dall'Istituto inglese, a capo del quale è l'illustre scienziato Treves, appare di tanto più interessante, ove si pensi che il radium esistente in tutti i paesi raggiunge appena sei o sette grammi. Viene a fare dell'Inghilterra il paese più ricco in radium.

È da notare che la fabbrica di radium di cui la signora Curie ha assunto da qualche tempo la diretta sorveglianza produce il minerale in uno stato di assoluta purezza: ogni milligrammo di radium è garentito per iscritto dalla illustre scienziata.

Un medico ferito.

Il dott. Giulio De Blasio di Cerreto Sannita (Benevento) è stato preditoriamente aggredito e ferito gravemente al capo da un colpo di randello mentre, dopo un comizio elettorale, passeggiava con alcuni amici.

I colleghi che lo assistettero ebbero a riscontrare i sintomi di una leggera commozione cerebrale. Le sue condizioni sono state preoccupanti.

Notizie tardive.

La « Gazzetta Ufficiale » del 18 ottobre u. s. pubblicava un decreto ministeriale del 10 novembre su di un concorso a quattro posti di coadiutore nel laboratorio chimico della sanità, mentre le prove di esame, cominciate il 15 ottobre, erano già terminate...

Il personale degli ospedali in Germania.

In una seduta del Reichstag, il deputato socialista Anfrick, intrattenendosi sulla situazione del personale ospedaliero, faceva conoscere alla Camera come il 46 % di esso lavori da 12 a 14 ore e il 39 % da 14 a 17 ore al giorno. In 157 stabilimenti il personale maschile – 612 individui – non ha quasi alcun riposo, e lo stesso può dirsi del personale femminile di altre 439 istituzioni. Il salario iniziale è di 10 marchi e giunge da 30 a 70 marchi anche per il personale dei manicomi, nei quali il servizio è eccezionalmente rude. Risultato: cambiamento frequente del personale, molto pregiudizievole ai malati.

La medicina e le malattie nell'antico Egitto.

In una interessante conferenza tenuta all'Istituto Reale di Medicina a Londra, il prof. Elliott Smith ha fornite alcune indicazioni sulla medicina e sulle malattie nell'antico Egitto.

Il prof. Smith, durante la sua lunga permanenza in Egitto, ha esaminato scientificamente ventimila mummie di cui quasi la metà risale a seimila anni prima dell'èra volgare.

In queste mummie il prof Elliott ha trovato traccie di malattie che ancora tormentano l'umanità, e fra le altre: la lebbra, la gotta e la tubercolosi. Di quest'ultima ne furono riscontrati dodici casi di vario carattere.

Si sono pure trovate traccie di una malattia che forse corrispondeva, in certi suoi caratteri, alla sifilide.

In una tomba fu scoperta una ricetta datata duemila anni prima dell'èra volgare, nella quale si davano le disposizioni per comporre un unguento col quale ungere il corpo di un maniaco quindici volte al giorno, fino a tanto che la calma ritornasse al malato. La ricetta è composta di quattordici ingredienti diversi ed il loro peso è accuratamente specificato.

Secondo il prof. Smith, la imbalsamazione dei cadaveri ha aperto la via allo studio della anatomia; gli egiziani non ne hanno profittato; invece ne hanno tratto grande vantaggio i greci.

Rassegna della stampa medica.

Arch. di Farmac. e Sc. aff., III-IV. MAGNANIMI. « Indirizzo scientifico e còmpito pratico e didattico della medicina legale ». — ALMAGIÀ. « Idiosincrasia per la chinina ».

Revista de Chirurgie, lug.-sett. MANOLESCO. « Trattamento operativo dello strabismo concomitans ». — IABOVICI e AVRAMOVICI. « Trapianti osseo-articolari ».

La Pratica oto-rino-laring., 31 ag. DELLA VEDOVA. « Per le onoranze centenarie a B. Eustachio ».

Riv. Sanit., 15 sett. GIOSEFFI. « La tubercolosi nell'Istria ». — CARITO. « Il medico e la sua missione nella civiltà moderna ».

La Ginecol., n. 9. RASPINI. « Tubercolosi laringea e gravidanza ».

Pensiero Med., 20 sett. ZANIBONI. « La reazione di Weisz ».

Deut. Med. Woch., 18 sett. HIRSCH, LOEB. « Sull'arteriosclerosi ». — KAUFMANN e POPPER. « Patogenesi e terapia della tachicardia parossistica ».

Gazz. d. Osp., 18 sett. ROMANO. « Intorno ad una epidemia di vaiuolo ed ai provvedimenti adottati per arrestarla ». — 21 sett. PEPE. « Febbri comitate ».

Gazz. Med. It., 18 sett. QUADRI. « Anemia acuta grave da malaria estivo-autunnale recidiva ».

Le Progrès Méd., 20 sett. KIRMISSON. « Artropatia emofiliaca ».

Paris Méd., 20 sett. ARSIMOLE e HALBERSTADT. « Le turbe mentali senili e pre-senili ». — TORTAT. « Sublussazioni volontarie della spalla ».

Le Scalpel, 21 sett. VAN PÉE. « I primi segni della tubercolosi polmonare nel lattante ».

Med. Klinik, 21 sett. ORTNER. « Fegato da stasi iperacuto ». — SEIGE. « Sulla patologia e terapia della paralisi progressiva ».

Kl.-ther. Woch., 22 sett. « Resoconto del Congresso tedesco di naturalisti e medici ».

La Presse Méd., 20 sett. LAIGNEL-LAVASTINE. « Le simpatosi ».

The Journal A. M. A., 20 sett. BLOODGOOD. « La responsabilità del chirurgo nelle operazioni precoci ». — GERATHY e ROWNTREE. « Il valore e le limitazioni della diagnosi funzionale dei reni ».

Journ. d. Prat., 20 sett. LEGUEU. « Falsi urinari ». — CHAUFFARD. « Le colecistiti ». — GAUTHIER. « Natura e cause della paralisi agitante ».

Riv. crit. di Clin. Med., 20 sett. GASTALDI. « Potere lipolitico del siero in varie malattie ».

La Rif. Med., 20 sett. ROCCAVILLA. « Rara forma di mielite trasversa secondaria a revivescenza neoplastica maligna e tardiva di un thymus persistens ».

L'Igiene d. Scuola, sett. JONA. « La profilassi delle malattie diffusibili nella scuola ».

La Prov. Méd., 20 sett. CANGE e ARGAND. « L'epitelioma del limbo sclero corneale ».

Berl. Klin. Woch., 22 sett. LEGUEU. « Uso della costante di secrezione ureica nei prostatici ». — VULPIUS. « Il metodo di Abbott ». — D'AGATA. « Osteoperiostite necrotizzante sporotricosica del mascellare superiore ». — CIRERA-SALSE. « Cura dell'appendicite con la galvanizzazione e la faradizzazione ». — MÜNZER. « Anomalie psichiche degli epilettici ».

Münch. Med. Woch., 23 sett. WACKER e HUECK. « Aterosclerosi sperimentale e colesterinemia ». — WERNER. « La cura chimica e fisica del cancro all'Istituto di Heidelberg ». — MESCTH, HUGEL. « Applicazione del radium, del thorium e del mesothorium ».

Gaz. d. Hôp., 18 sett. GUENOT. « Cancro ed eredità ». — 20 sett., TANTON. « Fratture dell'apofisi coracoide ».

Gazz. d. Osp. 23 sett. CASALI. « Nuovo metodo di dacrocistorinostomia ».

La Sem. Méd., 24 sett. LÉPINE R. « L'elemento renale nella glicosuria; nuova teoria della glicosuria fluorizinica ».

Wien. Klin. Woch., 25 sett. FISCHER. « L'adunanza dei medici e naturalisti tedeschi ». — LATZKO e SCHÜLLER. « La radiumterapia del cancro ». — HIFT. « L'allergia non proteinogena ». — GLAESSNER. « Nuova terapia dell'iperacidità gastrica ».

The Boston M. a. S. Journal, 25 sett. WASHBURN. « L'avvenire delle amministrazioni ospedaliere ». — MALLORY. « La classificazione delle nefriti sotto l'aspetto patologico ».

La Presse Méd., 24 sett. RÉNON e GÉRAUDEL. « Tecnica dell'esame del fascio di His ».

Gazz. d. Osp., 25 sett. ARIETI. « Sulla bacillemia tubercolare ».

Deut. Med. Woch., 25 sett. STICH. « Sui trapianti d'organi ». — ARNETH. « Sulla terapia delle affezioni dell'albero respiratorio nei bambini ». — HAUSWIRTH. « Nuovo metodo di disinfezione alla formaldeide senza apparecchi ».

Zbl. f. inn. Med., 27 sett. BASS. « Sulla patologia della gotta ».

Zbl. f. Chir., 27 sett. BRAUN. « Rafforzamento dell'azione locale della novocaina mediante solfato di potassio ».

Policlinico, sett. NAVARRO. « Le emorragie da parto ».

Il Morgagni, 28 sett. BERTARELLI. « Le vaccinazioni contro il tifo ».

Riv. crit. di Clin. Med., 27 sett. SICILIANO. « Il contributo dell'elasticità della parete arteriosa nella determinazione della pressione vasale ».

Le Progrès Méd., 27 sett. RAMOND. « Le dispepsie essenziali ».

The Lancet, 27 sett. CAMERON. « Le cause della diminuzione dell'allattamento al seno ». — MC INTOSH. « La patologia della così detta parasifilide ».

Brit. Med. Journ., 27 sett. ROWNTREE. « La cura operativa del cancro inoperabile ». - WHITHOUSE. « L'innesto autoplastico dell'ovaia e suo valore clinico ».

Paris Méd., 27 sett. THOORIS. « Mimica e morfologia ». — COSTA. « Sindrome d'insufficienza pluriglandolare ».

La Rif. Med., 27 sett. DE VITA. « Ricambio respiratorio e ricambio materiale in animali castrati dalla nascita ». — GAVINI. « Cutireazione della sifilide ». — MILLIONI. « Associazione dell'acromegalia con mixedema ».

La Presse Méd., 27 sett. AUBERTIN e PASCANO. « Lesioni tiroidee nel reumatismo cronico ». — LENORMANT. « Il pneumotorace extra-pleurico nel trattamento delle suppurazioni croniche del polmone ».

Mediz. Klinik. 28 sett. H. FÜTH. « L'alta mortalità da appendicite nella gravidanza ». - FREUND. « La cura roentgenologica della tubercolosi articolare e ossea ».

Pens. Med., 28 sett. REGOLO. « La terapia iodica nella febbre tifoidea ». — BONAZZI. « Caso non comune di polineurite alcoolica ».

Berl. Klin. Woch., 29 sett. EWALD. « Sull'ulcera duodenale ». — TORNAI. « Sulla sintomatologia della pericardite adesiva ». — BERGONIÉ. « Le applicazioni mediche della diatermia » — v. ZEYNEK. « Le basi scientifiche della termopenetrazione ».

La Pediatria, 30 sett. CARONIA. CANNATA. « Ematologia della leishmaniosi infantile ».

La Prat. oculist., sett. ODDONE. « Amaurosi isterica completa bilaterale da trauma chirurgico ».

Arch. p. le Sc. Med., 27 sett. DONATI. « Ricerche sull'anafilatossina in vitro ». — SAPEGNO. « La splenomegalia tipo Gaucher ».

La Prov. Méd., 27 sett. GALLAVARDIN e GRAVIER. « Il polso alternante da involuzione cardiaca ».

Münch. Med. Woch., 30 sett. YPPO. « Ittero dei neonati e secrezione dei pigmenti biliari ». — KABANOW. « Il metodo Abderhalden nella diagnosi delle affezioni gastriche ».

La nuova Riv. Clin.-Ter., 30 sett. SOFRÈ. « Ittero emolitico primitivo ».

Gaz. d. Hôp., 30 sett. DIEL. « Artroplastica femoro-rotulea per anchilosi del ginocchio ».

Arch. d. Mal. de l'App. Dig. et de la Nutr., sett. CHABROL. « Infarto emorragico del pancreas da pileflebite ». — JACKSON. « Pericolite membranosa ».

The Journal A. M. A., 27 sett. JORDAN, CARLSON, SAWYER, BECKWITH, SKOLFIELD. « Le applicazioni dell'ozono ». — CABOT e EMERSON. « La diarrea degli adulti ». — Supplemento: Numero speciale di oculistica e oto-rino-laringoiatria.

Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig., 30 sett. ALBERTINI. « Mutualità scolastica e igiene infantile ».

Le Bull. Méd., 1 ott. MESLAY e RONTEAU. « L'alimentazione nella febbre tifoide ».

Rev. del Circ. Méd. de Córdoba, 8. NORES e ORRICO. « Splenomegalie leucemiche ». — MARTINEZ. « Bradicardia uremica ».

La Clin. Med. It., sett. PATELLA. « Sindrome talamica, ecc. ». — MICHELI e CATTORETTI. « Sulla natura della reazione meiostagminica ». — TEDESCHI. « Forma emoptoica della tubercolosi polmonare nei saturnini ».

Boll. d. Mal. dell'orecchio, ecc.. sett. CITELLI. « Sullo sdoppiamento congenito delle corde vocali ».

The Practitioner, ott. DE KEATING-HART. « Sulla patogenesi del cancro ». — LAYTON. « Sensazioni anormali della faringe ». — FRESHWATER. « La caduta prematura dei capelli e igiene del capo ».

La Sem. Méd., 1 ott. MARFAN. « La diagnosi degli spandimenti pericardici e la puntura epigastrica del pericardio ».

La Presse Méd., 1 ott. LAURENT. « Sporotricosi ossea e sporotricosi polmonare simulante la tubercolosi ».

Riv. Sanit., 1 ott. ELIAS. « Il tatto a distanza e la facoltà a orientarsi ».

Wien. Klin. Woch., 2 ott. v. NEUSSER. « Cuore e clorosi ». — MARKL e POLLAK. « Differenziazione dei bacilli difterici e pseudo-difterici ».

L'Ig. Sociale, 1 ott. TAMBURINI. « La psichiatria come scienza sociale e come funzione di Stato ».

Deut. Med. Woch., 2 ott. KRAUS. « Tiroidi, paratiroidi e funzioni vicarianti ». — FRANK, COHN. « Sul diabete ».

Il Cesalpino, 1 ott. BONFIGLI. « Sulla prescrizione dell'azione per indennità di infortunio sul lavoro ».

La Rif. Med., 4 ott. PENDE e VARVARO. « Morbo di Addison con integrità istologica apparente delle glandole surrenali e con ipertrofia di glandole surrenali accessorie ». — MILLIONI. « Associazione dell'acromegalia con mixedema ».

Mediz. Klinik, 5 ott. EICHHORST. « Sclerosi multipla e paralisi spinale spastica ». — HERZ. « Malattie del cuore e ricambio ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. Pozzi, resp.

Anno XX. Roma, 16 novembre 1913 Fasc. 46

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. BACCELLI.

Eritema polimorfo e tubercolosi

per il dott. NICOLA TRULLI
Assistente onorario nella Clinica
aiuto medico negli ospedali di Roma.

Il Pons nel 1905 richiamò l'attenzione sulla frequenza dell'eritema polimorfo nel corso della tubercolosi: l'eritema polimorfo secondo il Pons si accompagnerebbe nella grande maggioranza di casi ad altre manifestazioni tubercolari ed in particolar modo col reumatismo tubercolare. Hildebrandt due anni dopo riferiva di una donna già affetta in precedenza da adenopatie in cui si presentò una eruzione tipica di eritema nodoso seguita tre settimane dopo la guarigione da pleurite e pericardite secca. Avendo ottenuto una tubercolosi generalizzata nei conigli a cui aveva iniettato il sangue della malata pensò trattarsi di una bacillemia. Landouzy e Laederich, però, in un caso di eritema polimorfo in un giovane tubercoloso ottenne risultati negativi per la presenza di bacilli nel sangue sia mediante culture, sia coll'inoculazione nei conigli. Chauffard e Troissier, in una malata affetta da eritema nodoso, con localizzazione tubercolare all'apice del polmone destro, ogni volta che praticavano la intradermoreazione di Mantoux, ottenevano la riproduzione sperimentale di nodulo di eritema nodoso completamente simile alle lesioni spontanee. Nessuna reazione ottennero, invece, colla iniezione di acqua salata e di tossina tifica. Thibierge e Gastinel, invece, riprodussero il quadro dell'eritema nodoso, di cui era affetto l'infermo, non solo *con la tubercolina* ma anche con il *siero antidifterico, antitetanico* e *la semplice soluzione fisiologica*; con questi mezzi, però, la reazione era meno sensibile.

Marfan in 6 casi di eritema nodoso ha ottenuto l'esito positivo della cutireazione; di questi solo in due esistevano sintomi clinici di tubercolosi, negli altri quattro mancava completamente qualunque sintomo che potesse far pensare ad una infezione tubercolare.

Recentemente Ciuffini riferisce di un caso di eritema polimorfo in un giovane tubercoloso di 20 anni in cui, dopo due eruzioni di eritema (con tumefazione e dolorabilità nelle articolazioni degli arti superiori ed inferiori) il processo si estese rapidamente. In un secondo lavoro riporta altri due casi.

Nel primo caso si ebbe un eritema polimorfo (varietà maculo-papulosa) localizzato specialmente agli *arti superiori* in una ragazza di 14 anni colpita contemporaneamente da pleurite essudativa destra, con cutireazione positiva e citodiagnosi del liquido con caratteri tubercolari.

Nel secondo caso si trattava di un eritema polimorfo limitato agli *arti inferiori* (intrecciandosi la varietà maculo-papulosa con quella nodosa) in una bambina di 13 anni con una broncopolmonite tubercolare all'apice destro con cutireazione positiva.

Dopo quattro mesi dall'eruzione fu affetta da peritonite tubercolare. In tutti e due i casi le culture e le inoculazioni di sangue negli animali rimasero sterili le une, negative le altre. Nell'ultimo caso la intradermoreazione di tubercolina produsse ogni volta un nodulo simile ai noduli di eritema, mentre debolissima fu la reazione alla soluzione fisiologica ed al siero antidifterico (semplice arrossamento della cute).

Ed ora veniamo al nostro caso:

B... C..., di anni 31, donna di casa, nubile. Il padre morì di un tumore cerebrale, la madre di emorragia cerebrale; due fratelli morti, uno di *meningite tubercolare*, l'altro di tifo.

Ha quattro sorelle e quattro fratelli tutti viventi in buone condizioni di salute. Nulla nei collaterali.

Nacque a termine di parto fisiologico, ebbe allattamento mercenario cambiando balia per quattro volte. All'età di due anni ebbe ileo tifo e dopo qualche tempo soffrì di morbillo. È stata sempre soggetta a frequenti malattie specialmente a bronchiti durante la stagione invernale. È stata sempre gracile e a 16 anni accusava spesso debolezza generale, frequenti epistassi, mestruazioni irregolari per ritmo e quantità. Fu ricoverata per due volte all'Ospedale di San Giovanni ove fu curata di anemia; in quel tempo le furono riscontrate ingrossate le glandole al collo. *Nove anni* or sono ebbe *pleurite fibrinosa* sinistra per cui ricoverò di nuovo a San Giovanni. Dopo un mese di degenza cominciò ad avere febbre alta, fortemente remittente al mattino, tosse continua con espettorazione scarsa, sudori notturni, astenia intensa, ogni tanto sputo striato di sangue. All'apice sinistro venne riscontrato respiro aspro e qualche rantolino soltanto inspiratorio. L'esame dell'espettorato *fu positivo per il bacillo di Koch*. All'ospedale migliorò: persisteva però lieve febbre serotina, mentre la tosse era scomparsa quasi completamente.

Dopo due anni improvvisamente le condizioni peggiorarono notevolmente: febbre alta continuo-remittente, tosse intensa, dolori all'emitorace sinistro, affanno, emottisi.

In queste condizioni venne trasferita al Sanatorio Umberto I, dove un po' per volta tornò allo stato precedente. D'allora in poi ha subito dei periodi di miglioramento e peggioramento.

Nel gennaio dell'anno scorso mentre era in buone condizioni con lievi elevazioni termiche serotine che non oltrepassavano i 37° 3/10 incominciò ad accusare dolori toracici, malessere generale; la febbre si elevò raggiungendo un massimo di 38 ½. Dopo 4 giorni comparve un'eruzione di macchie rossastre un po' rilevate, a bordi netti, di forma tondeggiante, della grandezza di uno a quella di due centesimi, localizzate agli arti superiori ed inferiori (regioni estensorie).

All'esame obbiettivo veniva riscontrato:

Paziente di costituzione scheletrica regolare, colorito roseo-pallido, masse muscolari poco sviluppate, pannicolo adiposo scarso. In corrispondenza degli arti superiori ed inferiori si notavano macchie e papule rosse coi caratteri su ricordati, leggermente dolorose alla pressione. colla compressione la colorazione rosea non scompare.

Polmone. — Apice sinistro abbassato e ristretto, ipofonesi nella regione sopraspinosa con aumento del fremito vocale tattile. Posteriormente espirazione prolungata con qualche rantolino in- ed espiratorio. Nella fossa sottoclaveare rantoli disuguali in- ed espiratori piuttosto risuonanti, in discreto numero. A destra nella fossa sopraspinosa lieve ipofonesi, respiro aspro ed espirazione prolungata.

Nella parte più esterna si odono sfregamenti.

Dopo 8 giorni dalla comparsa dell'eruzione ebbe per tre giorni sputo sanguigno. Dopo 20 giorni l'eruzione era scomparsa, non aveva più dolori, la febbre si era ridotta a pochi decimi.

Nel novembre scorso si ripeterono gli stessi fatti, non comparve, però, lo sputo sanguigno. L'eritema assunse la varietà nodosa agli arti inferiori.

Obbiettivamente a destra nella fossa sopraspinosa s'avevano rantoli umidi, disuguali, un po' risuonanti.

Dopo poco più di un mese la febbre si ridusse anche questa volta a pochi decimi e l'inferma abbandonò il letto.

Nell'aprile 1912 l'inferma per diversi giorni accusò cefalea e dolori reumatodi alle grandi articolazioni degli arti inferiori. Dopo 6 giorni comparve un'eruzione limitata alle gambe, coscie e faccia. L'eritema questa volta presentava la *varietà maculo papulosa alle coscie ed alla faccia, nodosa alle gambe.* La temperatura aumentò ma non molto: continuò a conservare il tipo nettamente intermittente ed alla sera la febbre non oltrepassava 38° ½. L'inferma ogni tanto aveva brividi; la tosse da lieve si fece più intensa, aumentò il senso di astenia, si accentuò l'anoressia.

Dopo 10 giorni comparve sputo sanguigno che si mantenne per 5 giorni. Indi i dolori reumatodi scomparvero, la febbre diminuì, finchè dopo un mese e mezzo si ridusse a 2 ÷ 3/10. L'eruzione scomparve completamente dopo 25 giorni.

Esame obbiettivo. — Stato di nutrizione deficiente; l'inferma è pallida con pomelli arrossati, le masse muscolari sono ipotoniche, scarsissimo il pannicolo adiposo.

Nelle regioni del collo si palpano piccole glandole non oltrepassanti la grandezza di un mezzo fagiuolo, mobili, indolenti. Sulla faccia antero-esterna delle coscie si notano macule e papule di colore rossastro che vanno dalla grandezza di un centesimo ed anche più piccole a quella di

due centesimi, a margini netti, alcune rotonde altre più irregolari. Il colorito non scompare alla pressione digitale. Nella faccia antero-esterna delle gambe s'hanno macchie e noduli. I noduli a contorni regolari non oltrepassano la grandezza di un centesimo, con parte centrale elevantesi dalla superficie cutanea non oltre i tre millimetri, di forma ovalare o irregolare; in mezzo a tali noduli si riscontrano macchie rosse che non scompaiono alla pressione. La palpazione è leggermente dolorosa, la consistenza è maggiore di quella del sottocutaneo.

Torace. — Piccolo, quadrato; la spalla sinistra è più bassa della destra, l'angolo inferiore delle scapole è allontanato dalle pareti toraciche, angolo epigastrico acuto. Il tipo di respiro è misto, prevalentemente costale superiore. Durante i movimenti inspiratori, la spalla sinistra si eleva meno della destra.

A sinistra apice abbassato e ristretto, ipofonesi nella regione sopraspinosa con aumento del fremito vocale tattile, respiro soffiante espiratorio.

Nella fossa sottoclaveare si ha lieve ipofonesi con aumento del fremito vocale tattile, respiro aspro leggermente soffiante nell'espirazione, qualche rantolino in-ed espiratorio nel terzo esterno della regione.

A destra apice un po' ristretto; nella fossa sopraspinosa lieve ipofonesi, respiro aspro, espirazione prolungata, rantoli umidi in-ed espiratori nel terzo esterno. Nella metà superiore della regione interscapolare si ha qualche sfregamento.

Nella fossa sottoclaveare suono di percussione un po' esagerato; nella metà esterna si ha un gruppo di rantoli a piccole e medie bolle un po' risuonanti.

Cuore. — Nei suoi limiti normali, toni soffianti.

Polso. — 100 regolare, piccolo.

Fegato. — Non ingrandito.

Milza. — Non si palpa. Ingrandita alla percussione di 2 centimetri.

Urina. — Tracce di albumina, assenza di cilindri.

Osservazione del 15 giugno:

A destra scomparsi gli sfregamenti nella regione interscapolare. Diminuiti i rantoli nella regione sottoclaveare. Non ci fu permesso l'escissione di un nodulo per l'esame istologico. Appena comparve l'eruzione fu raccolto il sangue ed iniettato in tre cavie; a due per via sottocutanea, ad una per via endoperitoneale.

La cavia a cui era stata praticata l'iniezione endoperitoneale dopo cinque ore ebbe delle leggere convulsioni generali, si notò tumefazione addominale. Il giorno appresso le convulsioni scomparvero, come pure scomparve il gonfiore addominale. Le altre due non ebbero disturbi.

Dopo 30 giorni furono uccise, ed in tutte e tre non si riscontrarono lesioni tubercolari nel punto d'innesto ed a distanza. Le culture del sangue per due volte in brodo ed in agar glicerinato rimasero sterili.

Il giorno 20 aprile praticammo la intradermoreazione con la tubercolina (1/50000) iniettando una goccia di soluzione nell'arto inferiore sinistro. Dopo 30 ore si era già formato un nodulo della grandezza di un centesimo che aumentò nel giorno successivo e che non scompariva con la pressione.

Il 26 praticammo l'istessa iniezione nell'arto superiore destro ed ottenemmo un nodulo della medesima grandezza, con i medesimi caratteri e che scomparve gradatamente dopo 15 giorni.

Il 30 saggiammo la intradermoreazione alla soluzione fisiologica in ambedue gli arti di sinistra e non si ebbe che un accenno di arrossamento che scomparve dopo 2 giorni.

Il 5 maggio saggiammo la intradermoreazione con siero antidifterico sugli arti di destra: anche questa volta dopo poche ore si notò un leggero arrossamento che scompariva alla pressione tanto nel braccio che nella gamba; di questo arrossamento nulla più esisteva dopo 24 ore.

Questo caso è di grande importanza perchè viene ad illuminare non poco alcune forme di eritema nodoso. Riassumendo, si tratta di una donna con un fratello morto di meningite tubercolare; malata da 9 anni con una lesione tubercolare limitata all'apice sinistro. Nel gennaio 1911 dopo sintomi generali ebbe un'eruzione di eritema polimorfo della varietà maculo-papulosa limitato agli arti superiori ed inferiori: contemporaneamente all'esame obbiettivo veniva notato un'invasione tubercolare all'apice destro.

Nel novembre 1911 si ripetono gli stessi fatti: fenomeni generali a cui segue la comparsa di eritema polimorfo, varietà nodosa degli arti inferiori.

Dall'esame obiettivo risultò chiara la diffusione del processo a destra. Nell'aprile del corrente anno l'inferma è colta per la terza volta da fenomeni generali a cui segue la comparsa di una eritema polimorfo colle tre varietà miste: maculo-papulo-nodoso, la varietà maculo-papulosa limitata alle coscie ed alla faccia, nodosa alle gambe. Contemporaneamente si nota diffusione del processo tubercolare tanto a destra che a sinistra. Questa volta ci furono possibili tutti quegli esami che erano del caso: l'escreato risultò positivo per il bacillo di Koch, le culture del sangue per ben due volte rimasero sterili, le inoculazioni di sangue in tre cavie dettero esito negativo, la intradermoreazione alla tubercolina produsse un nodulo tanto nell'arto superiore che nell'inferiore, colla intradermoreazione con soluzione fisiologica negli arti di sinistra ottenemmo un accenno di reazione; praticandola con siero antidifterico si ottenne il medesimo risultato. In genere l'eritema dopo un mese era già guarito ed i fenomeni polmonari cominciavano a migliorare.

L'inferma continua a rimanere al sanatorio Umberto I ove le viene praticata la cura specifica.

Scorrendo la letteratura, non siamo riusciti a trovare la descrizione di un caso simile. Finora non era mai stato descritto alcun caso di eritema poliforme recidivante (colle sue varietà) nei tubercolosi. Lo studio accurato portato su questa inferma è doppiamente importante.

Innanzi tutto si può obbiettare: perchè parlare di eritema nodoso tubercolare e non di eritema polimorfo che colpisce eventualmente soggetti tubercolosi come colpisce altri soggetti? Certamente per i casi descritti finora si poteva elevare qualche dubbio. Ma leggendo bene la descrizione di tali casi, ci manca certamente la sindrome dell'eritema polimorfo come malattia a sè.

Sono stati descritti varî tipi di eritema polimorfo:

Tipo eritema maculoso; *vescicolo-bolloso* (di cui Besnier distingue tre tipi: bolloso comune, bolloso-larvato e bolloso figurato), *nodoso*. Questi tipi possono intrecciarsi. La sintomatologia è molto variabile. D'ordinario si osserva al principio una fase preeruttiva di durata più o meno lunga e che è rappresentata da fenomeni generali: febbre di intensità variabile, disturbi intestinali, dolori vaghi, artralgie più o meno nette, angina faringea, un po' di tracheite ed anche di bronchite leggera. Raramente l'eruzione appare senza il periodo premunitore. L'eruzione appare nello stesso tempo alla faccia dorsale dell'estremità, sul collo ed al viso ed ha un netto carattere di simmetria.

Riguardo ai sintomi concomitanti si osservano disturbi della sensibilità, iperalgie in corrispondenza dell'eruzione, che sono sede anche di prurito e bruciore. Molto interessanti sono le artralgie, per la presenza delle quali alcuni autori considerano questa dermatosi come una manifestazione del reumatismo. Recenti ricerche hanno demolito questa ipotesi per cui si crede che le artralgie in questa eruzione si debbano considerare come pseudoreumatismi infettivi.

Le artralgie colpiscono per lo più le grandi articolazioni, sono in genere simmetriche, si osservano nel periodo preeruttivo e all'inizio dell'eruzione.

Qualche volta si sono avute delle nevralgie sottorbitarie, intercostali, ecc. La febbre si inizia nel periodo premunitorio ed ordinariamente cessa nel periodo di stato: questa non è una regola chè la febbre può continuare con tipi diversi.

Quanto allo stato generale, in genere, si mantiene buono; qualche volta invece si ha il quadro del tifoideo: si può avere quindi anche tumore di milza.

L'infezione può determinare localizzazioni viscerali, respiratorie, cardiovascolari, epatiche, renali, ecc. Frequenti sono le localizzazioni endocarditiche, rare quelle epatiche, spleniche, ecc.

Questo in genere il quadro classico, ma esso varia poichè varia l'etiologia.

Le cause di questo eritema si possono dividere in intrinseche ed estrinseche.

Quelle estrinseche sono il freddo oppure l'introduzione di speciali sostanze medicamentose o alimentari. Cause intrinseche: si distingue l'eritema sintomatico e l'eritema primitivo. Il primo si osserva nelle malattie infettive, sia per l'azione dei germi di queste, sia perchè favoriscono l'attecchimento di una infezione secondaria.

Queste infezioni sono: reumatismo articolare acuto, difterite, colera, tifo, blenorragia, ecc.

Le malattie infettive a decorso cronico come la tubercolosi, la sifilide specialmente al periodo secondario.

Riguardo alla forma primitiva, la causa nella maggioranza dei casi ci sfugge e dai più si pensa ad una infezione *sui generis*.

Riportiamo ora un caso di eritema polimorfo da noi osservato nella Clinica medica.

D... R... di anni 27, da Poli, cameriere, celibe. Il padre morì in seguito ad affezione polmonare; madre vivente e sana.

Nell'infanzia crebbe bene e non ebbe a soffrire malattia degna di nota. A 16 anni ebbe ileotifo, a 20 anni polmonite lobare destra. Non fumatore, non bevitore.

Nel novembre ultimo contrasse ulcera unica che venne diagnosticata per ulcera molle: si accompagnò adenite inguinale destra.

Dal novembre in poi è stato sempre bene. Dieci giorni prima dell'ingresso cominciò ad accusare malessere generale, cefalea piuttosto intensa a localizzazione frontale, artralgie localizzate nelle articolazioni degli arti inferiori, dolori di gola Dopo due giorni intervenne febbre, iniziata con brivido, che divenne alta, continua, remittente al mattino.

Nel giorno d'ingresso accusava cefalea, stato di abbattimento, anoressia, stipsi da tre giorni, minzione normale, aveva lieve tosse senza espettorazione. Entra in Clinica il 28 aprile 1912.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali discrete, lieve ottundimento del sensorio, masse muscolari ben conservate, pannicolo adiposo scarso. Sulle regioni dorsali degli arti e sull'addome e sulla parete anteriore del torace si notano delle macchie rosse (di varia intensità) che vanno dalla grandezza di una lenticchia (alcune ancora più piccole) a quella di un centesimo; pochissime confluiscono tra loro, scompaiono non completamente sotto la pressione digitale. L'eruzione è simmetrica. Nelle regioni dove è manifesta l'eruzione l'infermo accusa senso di bruciore.

Apperato linfoglandolare. — Nelle regioni retrocervicali ed inguinali si palpano alcune glandole duro-elastiche piccole, mobili, indolenti, non superanti la grandezza d'un piccolo fagiuolo.

Torace. — Ben conformato, tendente al cilindrico. All'esame del torace non si rileva che qualche ronco in ambe le basi.

Cuore e vasi. — La punta si palpa nel 5° spazio intercostale un po' all'interno dell'emiclaveare. Le sezioni destre non debordano; non si ha ingrandimento del fascio cardio-vascolare. I suoni ed i toni non presentano alterazioni dei loro caratteri.

Addome. — Ben conformato, trattabile, indolente. Si apprezza un discreto grado di meteorismo gastro-intestinale, inoltre si ha gorgoglio ileo-cecale

Fegato. — Trovasi nei suoi limiti normali.

Milza. — Il polo inferiore della milza si palpa a due dita dall'arcata costale, con margine tondeggiante, di consistenza molle-elastica. Il limite superiore dell'ottusità splenica trovasi all'ottavo spazio lungo l'emiclaveare, anteriormente l'ottusità sorpassa di 2 centimetri l'ascellare anteriore.

Urina. — Si riscontrano traccie minime di urobilina.

Le sierodiagnosi per il tifo, paratifo *A*, paratifo *B* riescono completamente negative.

La Vasserman riesce negativa.

Esame del sangue:

Emazie	4,000,000
Leucociti	7 000
Emoglobina	75 %

Esame colorato del sangue. — Non si riscontrano alterazioni apprezzabili.

Formola leucocitaria:

Polinucleati neutrofili	60 %
Id. basofili	1 %
Id. eosinofili	1 %
Linfociti	36 %
Mononucleati	2 %

L'esame culturale del sangue dà esito negativo.

Nei primi due giorni di degenza l'infermo ebbe lieve febbre continua (con massimo di 37° e 8/10) dal 3° giorno in poi ebbe apiressia.

Fu sottoposto a cura salicilica: poco per volta tutti i disturbi si dileguarono. Le macchie scomparvero molto lentamente dopo 20 giorni. Anche la milza andò diminuendo gradatamente.

Siamo dunque davanti ad un caso di eritema polimorfo primitivo in cui nulla manca. Tutto c'induce a credere che questo eritema debba essere d'origine infettiva e qualche volta, infatti, s'è riscontrato in forma epidemica. L'agente, però, ancora ci sfugge.

Tutta questa sindrome non si è mai avuta negli eritmi polimorfi dei tubercolosi, quindi non dobbiamo parlare di eritema polimorfo accidentale nei tubercolosi.

Si hanno, quantunque raramente, degli eritemi polimorfi recidivanti ma si tratta di recidive a brevissima distanza e mentre la prima eruzione comincia a decrescere si assiste all'apparire di una nuova eruzione.

Nel nostro caso si tratta invece di un eritema polimorfo recidivante a lunga scadenza e cercheremo in seguito di trovare la ragione di questo fatto.

Evidentemente noi dobbiamo cominciare a schematizzare; noi parleremo di eritema polimorfo essenziale primitivo che può chiamarsi *eritema infettivo* quando sia del tipo del nostro secondo caso (Bignami ha descritto un'altra forma a sè *d'eritema essudativo grave*). Parleremo invece (specie quando la casuistica sarà più numerosa) di *eritema polimorfo dei tubercolosi*.

***

Veniamo ora alla seconda parte.

Da quanto abbiamo esposto sopra e dalle osservazioni degli autori che si sono occupati dell'argomento risulta evidente che in molti casi l'eritema polimorfo è una manifestazione tubercolare. Quale il meccanismo? Poichè dell'argomento si sono occupati pochi autori e poichè i casi si vanno studiando ora da quando si è cominciato a notare una certa frequenza nei tubercolosi, esiste discordia tra gli autori.

L'eruzione cutanea è il prodotto di una setticemia da bacillo di Koch, oppure deve considerarsi come una tossiemia determinata dal bacillo stesso? Ecco i due termini della questione. Certo la seconda ipotesi presenta delle serie obbiezioni inquantochè non si trova l'eritema polimorfo con una certa frequenza data l'enorme diffusione della tubercolosi; ma se la seconda ipotesi trova dinanzi a sè queste ed altre obbiezioni, la prima non ha il beneficio del controllo sperimentale.

Pons e Hildebrandt pensarono alla setticemia come causa diretta: il primo per aver trovato in un caso di eritema nodoso (in un tubercoloso) delle cellule giganti con corona di nuclei circondate da cellule epiteliali, il secondo perchè era riuscito a determinare caratteristiche lesioni tubercolari mediante l'inoculazione del sangue di malati. Nessuno mette in dubbio tali osservazioni, ma Landouzy e Laederich ripetettero le osservazioni ed ebbero invece esito negativo, in più le culture in mezzi aerobici ed anaerobici furono sterili. Hildebrandt in un caso trovò invece la presenza del bacillo di Koch nel sangue circolante; ma perchè in questo caso non pensare ad una coincidenza fortuita tanto più che il Rosenberger e il Randle credono che la tubercolosi sia una batteriemia anche in casi lievi ed arrestati? Una tale osservazione contrasta collo studio accurato nei casi che si sono venuti pubblicando. Noi, dopo l'esame del nostro caso, siamo d'accordo nel ritenere che l'eritema sia l'effetto di una intossicazione tubercolinica. Ciuffini nei suoi casi ha anch'egli avuto risultati negativi sia dal lato culturale del sungue, sia dal lato sperimentale. Nei casi che sono stati descritti in seguito con accuratezza l'eritema in genere comparisce quando nell'organismo si hanno delle gittate tossiche; nel caso d'Hildebrandt all'eritema (soggetto con tubercolosi glandulare) dopo pochi

giorni, si ebbe pleurite e pericardite. Nei tre casi di Ciuffini: nel primo si ebbe contemporaneamente un'estensione rapidissima del processo tubercolare, nel secondo si ebbe eritema e pleurite essudativa destra tubercolare, nel terzo si trovò contemporaneamente all'eritema lo svolgersi di una lesione tubercolare all'apice destro. Nel nostro caso, che viene maggiormente a dar luce a l'origine tossica, l'estendersi delle lesioni tubercolari, vengono segnalate in tutte e tre le volte dall'eritema polimorfo diffuso, ciò che ancora viene a confortare il concetto che la maggiore o minore estensione dell'eritema stia in diretto rapporto coll'estensione e la profondità delle lesioni tubercolari: ciò si spiegherebbe colla maggiore o minore immissione in circolo delle tossine.

Il nodulo di eritema sperimentalmente si produce solo per mezzo della tubercolina oppure anche per mezzo di altre sostanze? Certo la patogenesi presenta in questo campo delle lacune, ma noi possiamo fin d'ora pensare a qualche cosa di positivo. Chauffard e Troissier ottennero la riproduzione del nodulo eritematoso solo mediante la intradermoreazione tubercolinica, nulla coll'iniezione di acqua salata e di tossina tifica; Laignel-Lavastine riprodusse tali esperimenti col medesimo risultato: Thibierge e Gastinel riuscirono a riprodurlo oltre che con la tubercolina anche con altre sostanze; essi, notarono però, che la reazione colle altre sostanze fu meno intensa. Barbier e Lian mediante nuovi esperimenti ebbero risultati concordi con quelli di Chauffard e Troissier; essi usarono anche siero antidifterico e antimeningecoccico; anche quelli di Ciuffini, nell'ultimo dei suoi casi, portarono al medesimo risultato. Nel caso nostro avemmo la riproduzione dei nodulo solo mediante la intradermoreazione alla tubercolina sia nell'arto inferiore che nel superiore; avemmo appena un accenno di reazione inoculando in un primo esperimento la soluzione fisiologica, in un secondo il siero antidifterico, reazione che scomparve interamente entro 21 ore. Anche altri autori ebbero soltanto un lieve accenno di reazione mediante l'inoculazione dei sieri.

Si è quindi concordi (contro il solo caso di Thibierge e Gastinel) nel ritenere che la vera riproduzione di un nodulo molto simile ai noduli di eritema polimorfo si ha in soggetti tubercolosi con la intradermoreazione alla tubercolina e non con altre sostanze.

Data la relativa frequenza di eritema polimorfo che oramai si va riscontrando nei tubercolosi, è dovere di medico portare subito l'attenzione sui vari sistemi dell'organismo per vedere se non esistano lesioni tubercolari in atto e, nel caso che non si riscontrano, studiare il soggetto e, i casi di Marfan insegnino, per vedere se l'eritema polimorfo non sia la manifestazione di una tubercolosi occulta; e in tali evenienze si ricorra a tutte quelle reazioni atte a rivelarcela.

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA.

La cultura pura dell'agente causale del vaiuolo.

(W. FORNET. *Berliner klin. Wochenschrift*, n. 40, 1913).

In una discussione sui vari processi per la preparazione e la conservazione del vaccino anti-vaiuoloso, tenuta in una riunione de Senato scientifico di Berlino nell'Accademia imperiale, ammesso che la linfa vaccinica non può essere coi metodi finora adoperati conservata attiva per un lungo periodo di tempo, fu dato incarico all'A. di fare nella sezione di medicina del Ministero della Guerra una serie di ricerche intorno a questo problema.

Se si vuole conservare più a lungo attiva la linfa vaccinica, bisogna anzitutto ricercare quali sono le cause per le quali essa così facilmente si altera. È noto che il vaccino si altera più lentamente sotto l'influenza di temperature fredde, più rapidamente sotto l'influenza di temperature calde. Si deve pensare che la facile alterabilità del vaccino possa dipendere dalle associazioni microbiche che quasi costantemente lo rendono impuro, oppure dalla glicerina.

Müller usò per il primo la glicerina come mezzo di diluizione per la umanizzazione della linfa. Kirchner dimostrò poi che una linfa ricca di germi, sotto l'azione della glicerina a poco a poco se ne impoverisce. La glicerina esercita dapprima la sua influenza battericida sui germi concomitanti, e poi dopo un certo tempo anche sull'agente causale del vaiuolo, e quindi rende inattiva la linfa.

Per ovviare a ciò, bisognava o eliminare l'influenza dannosa della glicerina, o sostituirla con un altro mezzo di diluizione e di conservazione della linfa. Secondo le esperienze di Maggiora, le temperature alte esaltano il potere battericida della gli-

cerina, le temperature basse lo attenuano. Chaumier ha potuto conservare attiva per più di due anni la linfa in glicerina tenendola alla temperatura di $-6°$ a $-15°$. Questo metodo presenta lo svantaggio che la linfa si altera rapidamente appena si toglie dalla ghiacciaia, e poi è molto costoso.

D'altra parte molti autori avevano cercato di potere conservare la linfa vaccinica nelle più diverse sostanze chimiche, ma senza risultato. Secondo l'A., tutte queste sostanze non hanno corrisposto allo scopo, perchè dotate delle stesse proprietà battericide dapprima sugli altri germi, e poi anche sull'agente del vaiuolo.

Essendosi dimostrati non utili a questo scopo i più diversi antisettici, si tentò l'allontanamento meccanico degli altri mezzi di disinfezione.

In fine l'A. si è servito dell'etere, la cui azione sterilizzante è noto che è stata utilizzata dal Vincent nella preparazione del suo vaccino antitifico polivalente.

Il 25 febbraio 1913 per la prima 0 5 gr. di linfa fu agitata in 10 cmc. di etere per 12 o 24 ore alla temperatura di 18°-20°, e dopo fu fatto svaporare l'etere.

Quattro conigli vaccinati, previa depilazione, con linfa così trattata, presentarono dopo quattro giorni nella sede dell'innesto arrossimento, infiltrazione, e formazione di croste ed escare, come si osserva in seguito agli innesti fatti con linfa comune. Sui terreni di coltura in uso la linfa agitata in etere per 12 ore presenta ancora germoglio di germi, mentre risulta completamente sterile se fu trattata per 24 ore.

Adoperando linfa proveniente da diversi istituti vaccinogeni, fu riscontrato sempre che questo metodo di trattamento la rendeva sterile dopo un periodo di tempo che oscillava dalle ore 10 ½ alle 100 ore, a seconda del numero e della qualità delle specie batteriche in essa contenute.

Queste esperienze sono state ripetute con gli stessi risultati da numerosi altri autori.

Si doveva peraltro dimostrare che la linfa così sterilizzata è ancora capace di trasmettere il vaiuolo. A questo scopo furono dapprima innestati sulla pelle depilata quattro conigli, nei quali si ebbero le stesse manifestazioni su descritte. Per avere una prova più dimostrativa, furono innestati 11 conigli sulla superficie interna dell'orecchio, i quali nei giorni successivi presentarano dapprima arrossamento della regione, e poi la comparsa di un alone, infiltrazione, crosta rosso-bruna, neoformazioni di vasi; e sotto la crosta, raccolta di materiale liquido sieroso. Dopo 10-12 giorni tutto scompariva; e quindi restava una cicatrice lucida.

Fu fatta anche l'iniezione corneale in due conigli: dal secondo giorno in poi furono rinvenuti nelle cellule epitiliali i caratteristici corpuscoli del Guarnieri.

A dimostrazione maggiore dell'attività specifica della linfa sterilizzata per mezzo dell'etere, nel giugno 1913 furono con essa innestate due vaccine: in ambedue si ebbe la comparsa di pustule vacciniche. Col materiale di queste pustole fu ripetuto l'innesto con successo in altre vaccine, e quindi l'esperimento fu ripetuto in serie più volte.

Nel settembre 1913 Paschen ha innestato un gruppo di bambini con linfa completamente sterilizzata mediante il trattamento in etere per 48 ore: le pustole così ottenute erano bellissime e non differivano affatto da quelle che si ottengono col vaccino comune.

Dunque l'attività specifica della linfa non viene affatto menomata con questo trattamento all'etere.

Sorge quindi il problema di saper per quanto tempo la linfa così preparata conserva la propria attività. Numerose serie di innesti nei fanciulli potranno avere valore decisivo in questo senso. Siccome è stato dimostrato che la linfa comune conservata in glicerina dopo pochi giorni si altera alla temperatura di 37°, si studiò la durata a questa temperatura della linfa sterilizzata con l'etere. Una grande quantità di linfa fu trattata col solito metodo per 24 ore in etere e poi fu tenuta alla temperatura di 37° in brodo sterile, rinnovando il brodo di tanto in tanto, e dopo 4-6-8 giorni, e poi dopo 2-4-6 settimane furono con essa innestati conigli, vaccine ed uomini: in tutti i casi si ebbero risultati indubbiamente positivi.

Poichè la linfa così preparata si conserva attiva almeno per un mese e mezzo alla temperatura di 37°, si deve ritenere che essa, al contrario della linfa comune conservata in glicerina, in una temperatura inferiore debba conservarsi attiva per un periodo di tempo molto più lungo, se non indefinito. È evidente la grande importanza di questo fatto per la preparazione di grandi quantità di linfa, e per le provviste di linfa nei paesi tropicali.

La linfa così preparata e conservata presenta poi l'altro grande vantaggio che, malgrado la sua attività non sia affatto alterata, essa, all'infuori

dell'agente causale del vaiuolo, non contiene nessun altro germe.

Questi risultati fanno sorgere il problema se qui si tratta soltanto di conservazione o pure di cultura dell'agente causale del vaiuolo.

Per rispondere a questo quesito diversi terreni di cultura furono seminati con linfa sterilizzata in etere e conservata in brodo sterile, e fu più volte provata la sua azione specifica. L'A. descrive le diverse fasi di uno di questi esperimenti: il 23 maggio una certa quantità di linfa fresca fu sterilizzata per 24 ore nell'etere col solito metodo e allungata con 10 cmc. di brodo fu tenuta a 37°: il 28 maggio 1 milligr. di questa cultura fu seminata in 50 cmc. di brodo fresco; 1 milligr. di questo il 4 giugno fu seminato in 20 cmc. di siero di cavallo sterile, e quindi il 13 giugno 1 milligr. di quest'ultimo in 20 cmc. di agar; il 22 giugno finalmente 1 milligr. di questa cultura in agar fu seminata in 50 cmc. di siero e brodo. Quest'ultima cultura ha dato luogo alla formazione di una pustola non molto caratteristica: perciò il materiale di questa pustola fu innestato ad una vitella, e in questa si produsse una pustola molto bene sviluppata.

Così la linfa vaccinica si mantenne attiva a 37° per un periodo di 6 settimane e durante una serie di passaggi per molteplici terreni di cultura. Poichè in questi terreni di cultura il materiale primo aveva subito una diluizione di 1 a 1000 bilioni, è poichè la linfa diventa inattiva fin dalla diluizione di 1 a 1000, dobbiamo ritenere che in questi casi abbia luogo una moltiplicazione dell'agente causale del vaiuolo contenuto nella linfa sterilizzata.

Queste esperienze sono state ripetute in condizioni differenti.

Nessuna differenza è stata notata tra le culture in brodo, siero-brodo, o gelatina; in condizioni aerobiche od anaerobiche.

La cultura di un ultimo passaggio che aveva dato risultato positivo nella vitella, lasciò in questa uno stato di completa immunità contro la linfa vaccinica comune. E la natura specifica di questa pustola vaccinica fu accertata mediante un innesto ulteriore, che produsse nei conigli la formazione di pustole tipiche e bene sviluppate.

Speciale menzione merita il tentativo felice di sterilizzare con etere il materiale raccolto da una pustola vaiuolosa umana il 26 luglio 1913, di coltivarlo e infine di innestarlo sui conigli. I primi otto passaggi furono da Pissin innestati sopra un coniglio, producendo sempre in tutti i casi la formazione di papule, dalle quali si potette raccogliere una notevole quantità di linfa.

Questa linfa produsse in altri conigli delle pustole bene sviluppate, mentre che nel coniglio innestato per primo si era stabilita completa immunità contro la linfa vaccinica comune.

In uomini adulti finora si sono avuti risultati positivi in due soggetti innestati con materiale di cultura di 2° ordine, nel quale il materiale iniziale era stato diluito nel rapporto di 1 a 10,000 e in un altro soggetto con cultura di 3° ordine, nella quale la linfa era stata diluita da 1 a 5,000,000.

Dopo aver dimostrato le proprietà specifiche delle culture pure, batteriologicamente sterili, sugli animali e sull'uomo, l'A. passa a studiare più da vicino queste culture.

Macroscopicamente, esse appena si differenziano dai terreni di cultura non semenzati; soltanto dopo un lungo periodo di cultura noi possiamo notare talvolta in esse un leggiero intorbidamento, particolarmente attorno alla spugna di platino nel siero brodo. Microscopicamente, nei preparati a fresco, a goccia pendente, e nei preparati colorati, da prima non v'era nulla da notare. Con la fucsina carbolica a caldo, con una forte soluzione di Giemsa e col mordente di Löffler divennero visibili piccoli corpuscoli rotondeggianti, della grandezza di 0.2-0.5 micron. Disposti a coppie, essi sono circondati da un alone ed uniti da un ponte sottile. Talvolta queste forme si sono osservate germogliare a mo' di fungo.

Si può trattare di precipitazione d'albumina e di colore?

La rotondità completa della forma, la disposizione prevalente a coppie, la somiglianza delle forme tra i preparati colorati ed i preparati a fresco, dimostrano che non si può trattare di precipitazione di sostanze coloranti, prescindendo dal fatto che queste forme sono agglutinate dal siero di sangue immune dal vaiuolo, e che la loro comparsa e il loro sviluppo nella cultura può essere passo passo seguita. Perciò l'A. conclude dicendo che in questi corpuscoli bisogna riconoscere l'agente causale del vaccino e del vaiuolo.

Poichè esso si distingue da tutti i batteri noti sia per la sua morfologia, sia per la sua resistenza agli antisettici e per le sue proprietà biologiche, l'A. propone di definirlo col nome di *Microsoma vaccinae seu variolae.*

Il concetto espresso dall'A al Congresso internazionale di medicina di Londra che gli agenti causali di tutta una serie di malattie prodotte da virus filtrabili somigliano al *Microsoma vaccinae s. variolae*, e che potrebbero essere coltivati nella stessa maniera di questo, ha trovato conferma nella comunicazione del Flexner e Noguchi sulla *Poliomielitis epidemica*: in questa malattia, come nella rabbia, gli AA. hanno coltivato piccoli organismi del tutto somiglianti a questi del vaiuolo e del vaccino.

P. SABELLA.

CHIRURGIA.

La dilatazione acuta post-operatoria dello stomaco.

(SPYRIDION N. OECONOMOS. *Progrès médical*).

Sotto il nome di dilatazione post-operatoria dello stomaco o di paralisi acuta dello stomaco si designa una sindrome anatomo-clinica, che sopravviene in seguito ai più diversi interventi, è caratterizzata da un quadro analogo a quello dell'occlusione intestinale alta, od alla peritonite generale, diffusa, da una patogenesi complessa, da una prognosi talvolta fatale, e da una cura spesso efficace.

Gli AA. si occupano solamente della dilatazione acuta dello stomaco che si manifesta come un accidente isolato post-operatorio, e non di quella che fa parte del quadro della setticemia peritoneale post-operatoria, così come l'occlusione intestinale.

Il primo caso di tale affezione fu pubblicato dal Bonnet nel 1679: vennero in seguito i casi di Koeberlé, Gross, Thiébaud, Hunter, Morris, Kundrat, Schnitzler, Robinson. Dal 1905 numerosi autori si sono occupati in ogni paese di tale affezione.

SINTOMATOLOGIA.

Si devono distinguere due periodi: il periodo dell'inizio del male, ed il periodo di stato.

L'esordio della dilatazione acuta può farsi ad un intervallo più o meno lontano dall'intervento chirurgico. In certi casi il modo di insorgere è acutissimo mentre l'infermo viene fasciato, o messo in letto; in altri casi è meno brusco e si manifesta la sera od il giorno seguente alll'intervento. Abitualmente si inizia fra le 48 e le 72 ore insidiosamente con vomiti, che seguono a quelli provocati dall'anestesia, donde occorre sempre guardarsi da quei vomiti che persistono dopo le prime 24 ore. Vi sono infine casi tardivi, in cui la dilatazione si inizia dopo 4-5 giorni. In ogni caso i malati sono agitati, inquieti, in preda ad angoscia, hanno polso piccolo e frequente, si lagnano di strettezza della fasciatura, e di pesantezza insopportabile all'epigastrio, talvolta di dolori vivi allo stomaco, o dorso-lombari a sinistra, o di espettorazione frequente. Compaiono quindi i vomiti o i rigurgiti e si entra così nel periodo di stato; nel quale si hanno segni funzionali, fisici e generali. Fra i segni funzionali, nei riguardi del tubo intestinale, si hanno innanzi tutto i vomiti, che eccezionalmente (forme acutissime) possono mancare. Questi vomiti possono ridursi a semplici conati violenti, penosi, dolorosissimi, senza evacuazione alcuna di liquido; o essere accompagnati da l'espulsione di una piccola quantità di liquido gastrico. In altri casi ancora, i più frequenti, col vomito, più o meno ripetuto, l'ammalato emette circa un quarto di litro di liquido, con minore sforzo e dolore, e con minori segni di indebolimento e di shock; in altri casi infine i vomiti sono abbondantissimi. Il contenuto gastrico vomitato varia fra un litro e mezzo ed otto; ha consistenza acquosa, o densa, con particelle solide e fiocchi nerastri; sapore acido; colore verdastro o nerastro; odore nessuno; e con l'analisi chimica (Rousseau) presenta iperacidità, fermentazioni, tracce di sangue, presenza od assenza di pigmenti biliari e di urobilina.

Altre turbe funzionali, a carico del tubo gastroenterico, sono: 1° i rigurgiti da soli, o accompagnati ai vomiti; 2° i dolori, specie alla fossa epigastrica, o dorso-lombare sinistra, od a livello dell'addome, vivi, spontanei, o provocati dalla palpazione; 3° la sete ardente, penosa, insopportabile; 4° l'arresto di emissione dall'ano di gas o materie fecali; non precoce ma tardiva, e spesso mancante (sintoma secondario).

Quali *turbe respiratorie* oltre alla sensazione di angoscia, si può avere dispnea spiccata, ortopnea, fame di aria, dovuta alla compressione del cuore o polmoni da parte dallo stomaco dilatato.

Le *turbe cardiache* hanno parte importante nel quadro generale; si ha acceleramento e piccolezza del polso, dovuta per alcuni (Reymer) a la distensione notevole dello stomaco, che sospingendo il diaframma, agisce direttamente per azione meccanica o riflessa sul pneumogastrico;

non bisogna però dimenticare che nelle occlusioni alte del tenue l'intossicazione rapida dell'organismo è la regola.

Le *turbe urinarie* consistono in oliguria ed anuria, spiegabili con il meccanismo della disidratazione come la sete; e nella presenza dello indacano.

Turbe nervose precoci invero, sono: agitazione, inquietudine, delirio, shock, collasso.

Sintomi fisici. — Sono meno importanti, e meno precoci dei precedenti. Coll'ispezione si nota una bozza epigastrica, o epigastrica ed ipocondriaca sinistra, fino all'ombellico spesso, mentre la regione sotto ombellicale è piatta, molle, avvallata; raramente la bozza occupa tutto l'addome. Generalmente mancano movimenti peristaltici; e le anse intestinali non sono mai distese, come accade invece nelle peritoniti. Colla percussione si può sapere delle dimensioni dello stomaco, del suo contenuto, dei suoi limiti, ma spesso il suono è ottuso per ripienezza da liquido dell'organo. Colla palpazione si notano sulla bozza epigastrica gorgoglii, tensione, ballottamento, si provoca dolore nella zona semilunare di Traube.

Segni generali: la facies è stirata, gli occhi infossati, secca la lingua, la voce roca, le estremità fredde e cianotiche, la temperatura oscilla intorno ai 37° C, o si abbassa. Questi sintomi sono il risultato della inanizione da una parte, e dell'intossicazione da veleni endogeni dall'altra, non vanno però escluse le diverse compressioni toraciche od addominali.

La dilatazione acuta dello stomaco evolve piuttosto rapidamente, senza limiti ben netti di passaggio dall'esordio al periodo di stato. La durata della sindrome è variabilissima, da due a quattro giorni, ma può aversi la guarigione o la morte anche in 12, 24 ore.

La *terminazione* della sindrome è variabile; in un gran numero di casi, specie in quelli curati, il miglioramento avviene rapidamente, così come fu rapida la comparsa e l'evoluzione della sindrome. In altri casi si va piuttosto rapidamente verso la morte (casi meno rari dopo le conoscenze di oggigiorno).

La dilatazione acuta post-operatoria dello stomaco benchè immutabile nei suoi tratti essenziali può tuttavia rivestire differenti forme cliniche ben descritte da Roux de Brignoles. Questo autore, basandosi sulla gravità e rapidità dell'evoluzione, distingue tre forme: una benigna, una di intensità media, ed una grave. Accanto a queste Trousseau ne pone altre due, secondo il contenuto gastrico espulso: 4ª in certi casi vi è assenza o quasi di liquido nello stomaco e si tratta allora della forma di distensione gassosa; 5ª la forma ematemetica o emorragica. Vi sono infine le forme associate (con una occlusione intestinale ad es.), e le forme a ricadute.

L'anatomia patologica non è ben netta per le poche necropsie pubblicate. Tuttavia la lesione essenziale riscontrata consiste in una grandissima dilatazione dello stomaco, che può giungere con la grande curvatura fino al pube. La distensione si fa sopratutto a spese della grossa tuberosità e della grande curvatura, con direzione variabile, obliqua o verticale, con volume che va da uno ad otto litri, col cardias immutato, ma col piloro che può cambiare di posizione e di dimensioni. Nella mucosa non si sono mai notate ulcerazioni, ma leggere suffusioni sanguigne.

La muscolatura è assottigliata, ma senza alterazioni. Microscopicamente si ha solo congestione dei vasi.

L'intestino spesso è afflosciato dietro lo stomaco; altre volte il duodeno è dilatato fino ai vasi mesenterici superiori. Il diaframma è fortemente ricacciato in alto nel torace. Il peritoneo non presenta lesioni macroscopicamente apprezzabili.

Le *nozioni etiologiche* sono molto vaghe ancora, finora i casi pubblicati e conosciuti sarebbero 109. Numerose sono le *cause predisponenti* alcune riguardanti il malato, altre l'intervento. L'età dell'infermo non ha influenza; quanto al sesso si verifica più frequentemente nelle donne. Nessuna influenza ha la professione. Molto importanti invece sono: la dilatazione cronica anteriore dello stomaco, l'enteroptosi con rilasciamento del mesentere e turbe nervose secondarie, le posizioni basse del duodeno, le anomalie di inserzione del mesoduodeno e l'ipercloridria.

Alcuni autori hanno creduto trovare la causa nell'intossicazione dall'anestetico, specialmente dal cloroformio, il che non pare esatto. Nella metà dei casi si tratta di interventi addominali, ma nell'altra metà di interventi extra-addominali, e tra questi in prima linea sono quelli sull'utero e sul rene. Non ha importanza la durata dell'intervento.

Numerose sono le *teorie patogenetiche* emesse dai chirurgi. Con Rousseau si possono dividere in cinque categorie: teoria meccanica, teoria tossica, teoria infettiva, teoria nervosa e teoria mista.

Fra le *teorie meccaniche* vi è quella dello strozzamento duodeno-digiunale da parte dei vasi mesenterici superiori e dell'inserzione del mesenterio per una caduta primitiva del tenue (?) cagionante secondariamente una trazione del mesenterio ed una occlusione duodenale (Kundrath, Schnitzler, Albrecht, Riedel). Secondo Kelling la dilatazione post operatoria è dovuta ad una chiusura valvolare completa del cardias e del piloro; ad una paralisi post anestetica della muscolatura gastrica; ad un eccesso di riempimento dello stomaco per difettosa dieta, infine a gastroptosi, ad affezioni gastriche anteriori, ecc. Vi ha poi la teoria della occlusione intestinale in seguito alla posizione di Trendelemburg (Rousseau), teoria che però non si adatterebbe a tutti i casi. Viene quindi la teoria aerofagica di Tissier, Mathieu, Lardennois, secondo la quale ha grandissima importanza l'aerofagia, sia che si tratti di malati precedentemente aerofagi, sia che l'aerofagia sopravvenga dopo la anestesia. In seguito allo intervento si produrrebbe una ipersecrezione buccofaringea con scialorrea ed aerofagia provocata dalla anestesia, e favorita spesso dalla ferita dovuta alla pinza linguale.

Teoria tossica. — La sindrome sarebbe provocata dalla intossicazione cloroformica (Morris). Come spiegare i casi che seguono a rachinovococainizzazione, a cocainizzazione locale, a nessuna anestesia?

La *teoria infettiva* invoca una paralisi gastrica, che insorge ed evolve in maniera acuta in seguito ad infezione circoscritta o generale della sierosa peritoneale che la ricopre (peritonite gastro-duodenale, setticemia peritoneale) secondo una legge generale.

Secondo la *teoria nervosa* (Lieutaud, Lechaudel, Reynier) la dilatazione sarebbe sempre dovuta ad un riflesso che ha il suo punto di partenza in una irritazione del plesso solare, e si fa risentire sulla innervazione motrice dello stomaco ed anche del resto del tubo digestivo. Questa teoria si adatta ai casi acutissimi, ma questa teoria simpatico-addominale non riesce a spiegare i casi, che sono seguiti ad interventi extra addominali. Si è anche pensato che la parte preponderante nella genesi della paralisi gastrica sia dovuta ad una inibizione del vago, con le sue conseguenze sugli apparecchi: respiratorio, circolatorio e digestivo.

Più logica di tutte è la *teoria mista* emessa da Braun, secondo la quale si tratterebbe di una serie di fenomeni riflessi o paralitici, di condizioni meccaniche e di compressioni diverse.

La *diagnosi differenziale* si deve fare: con la peritonite, con la occlusione intestinale, con la setticemia peritoneale, con i vomiti post-anestetici; con un semplice reflusso di succo duodenale nello stomaco, con l'asistolia acuta, con l'uremia, e con lo shock.

La *prognosi* deve essere molto riservata sempre, anche quando si interviene rapidamente.

La *cura*, interessantissima, deve essere profilattica; deve combattere il sintoma: dilatazione gastrica e sue conseguenze; deve combattere l'agente causale della dilatazione. Insomma deve essere profilattica, sintomatica ed etiologica.

Cura profilattica. — Esaminare metodicamente lo stomaco di ogni malato prima della operazione, e fare una esatta anamnesi di precedenti turbe gastriche; sorvegliare la quantità e la buona qualità dell'anestetico; non fasciare troppo stretto l'addome del malato.

Cura sintomatica. — Consiste nel combattere la dilatazione gastrica e le turbe generali che ne derivano, col vuotare prontamente lo stomaco. Vi sono mezzi medici a tale scopo e mezzi chirurgici. Fra i primi: l'applicazioni di correnti indotte sulla regione gastrica, il freddo locale, il vuotamento dello stomaco colla sonda, il vuotamento seguito da lavaggio. I risultati felici immediati o lontani del lavaggio sono stati riconosciuti da tutti i chirurgi che l'hanno usato. Secondo l'A. « il lavaggio gastrico ripetuto finchè è necessario basta il più spesso per arrestare gli accidenti della dilatazione acuta dello stomaco, purchè praticato prestissimo ».

Nei *casi ribelli* si è proposta ed eseguita la gastro-enterostomia o la gastrostomia, la prima raccomandata da Kundrath e Muller.

Quale cura dello stato generale: si darà del latte all'infermo, si vuoterà l'intestino con enteroclismi, si faranno iniezioni di caffeina, di olio canforato ad alte dosi, di sparteina, di eserina (Kelling), di stricnina (Forgue); le ipodermoclisi. A queste ultime l'A. preferisce le rettoclisi alla Murphy di 500 cmc. di soluzione fisiologica ogni due ore.

La cura causale è impossibile oggidì. La sola indicazione da potersi soddisfare si è quella di combattere la compressione del duodeno da parte dell'arteria mesenterica, che sospinge le anse del tenue ed il mesentere verso la parte superiore dell'addome. Vi si arriva, ponendo l'ammalato

in certe posizioni, e si sono consigliati vari decubiti: quello ventrale (Schnitzler), la posizione genu-pettorale, la posizione di Trendelemburg, la posizione inclinata di 25 a 45° sull'orizzontale, la posizione laterale sinistra (Kelling) o destra (Chavannaz).

La *cura* adunque è semplice in pratica: lavanda gastrica, preceduta da cateterismo evacuatore, iniezioni di stricnina, di morfina, e decubito ventrale o genu-pettorale. G. QUARTA.

NEUROPATOLOGIA.

Sulla diagnosi differenziale delle contratture delle dita.

(SCHUSTER. *Berl. klin. Woch.*, n. 23, 1913).

Oltre le deformità di posizione delle dita in rapporto a rigidità articolari, a cicatrici delle parti molli, a lesioni dei tendini, e le contratture delle dita in rapporto ad una lesione organica del sistema nervoso centrale e periferico (emiplegia, paralisi dei nervi ulnare, mediano, ecc.) esistono delle contratture delle dita che non dipendono da alterazione di capi articolari, da lesioni traumatiche delle parti molli e che solo in parte sono dipendenti da disturbi della innervazione muscolare.

La contrattura familiare delle dita, la contrattura di Dupuytren, la contrattura ischemica e quella isterica costituiscono un gruppo di affezioni, le quali hanno dei caratteri peculiari per i quali si distinguono nettamente dalle altre forme di contrutture dipendenti da una ben nota lesione anatomo-patologica.

La contrattura familiare delle dita per quanto generalmente poco nota è stata già ben descritta da Hoffa, Goldflom, Henneberg e Muskat. Consiste in una flessione permanente ad angolo più o meno ottuso della seconda falange sulla prima, e più raramente anche della terza sulla seconda, del dito mignolo e talvolta anche dell'anulare; l'articolazione metacarpo-falangea è sempre libera. L'affezione colpisce quasi sempre più individui della stessa famiglia ed ha carattere ereditario. Tutti gli autori sono concordi nell'ammettere che la contrattura dipenda da una retrazione congenita delle parti molli. Sono state osservate a mezzo dei raggi Röntgen delle piccole alterazioni dei capi articolari, ma esse più che causa devono ritenersi conseguenza dell'anormale posizione delle falangi. Negli individui affetti da contrattura familiare delle dita si riscontrano altre anomalie di sviluppo o anche disturbi a carico del sistema nervoso per cui non è improbabile che essa costituisca una stimmata degenerativa.

Paalzow esclude che l'affezione sia congenita e la mette in rapporto con traumi ripetuti sulla palma della mano. Ma si deve obbiettare che nei casi da lui osservati in alcune categorie di lavoratori, come i calzolai, le dita erano flesse nell'articolazione metacarpo-falangea e che l'aponevrosi palmare presentava un ispessimento nodoso: il che non si verifica nel tipo familiare.

La forma di Paalzow si accosta invece molto alla contrattura descritta da Dupuytren. Questa consiste in una flessione permanente del mignolo, anulare e talora anche del medio nell'articolazione metacarpo-falangea. Essa è in rapporto ad un progressivo raggrinzamento e raccorciamento dell'aponevrosi palmare. La etiologia di questa affezione non è ancora esattamente conosciuta. Per il fatto che ne sono colpite ambedue le mani, che è stata frequentemente constatata in individui affetti da malattie spinali, come la siringomielia, da neuriti e da psicosi degenerative si ritiene generalmente che il morbo di Dupuytren sia in rapporto ad un disturbo trofico di origine spinale. Si riscontra pure in individui affetti da gotta, diabete, alcoolismo ed altre discrasie, come in soggetti che per ragione del loro mestiere subiscono traumatismi ripetuti e forti sulla palma della mano (impiegati postali per il timbrare, vetturini per tenere le redini ecc.). Ciò però non esclude la dipendenza dell'alterazione aponevrotica da un disturbo spinale.

Una contrattura schiettamente miogena è quella ischemica: essa è in rapporto ad un raccorciamento dei muscoli dell'avambraccio dipendente da un arresto di circolazione causato per lo più da una fasciatura troppo stretta e prolungata. La mano si trova in posizione di flessione, le prime falangi delle dita sono in leggera estensione, mentre le altre falangi sono flesse. La eccitabilità faradica di tutti i muscoli dell'avambraccio per lo più manca.

La contrattura isterica delle dita presenta un quadro per quanto vario quasi sempre differente dalle varie forme di contratture finora descritte e da quelle dipendenti da una lesione organica del sistema nervoso centrale e periferico: le dita sono sempre contratte in modo da dare alla mano un atteggiamento speciale e caratteristico. La contrattura isterica si verifica con una certa frequenza oggi in seguito ad un trauma. Ed è perciò, specie quando il soggetto ha diritto ad un indennizzo, che essa è spesso ritenuta simulata. Il sospetto di simulazione sorge per il fatto che la intensità della contrattura isterica varia facilmente d'intensità, e che essa aumenta nei tentativi di estensione passiva delle dita, per il fatto

che i concomitanti disturbi della sensibilità sono varî, mutevoli ed affatto caratteristici e che il dolore nei tentativi di estensione ha varia intensità e non esiste quando si distrae l'attenzione del paziente. Quando si consideri che tutti questi fatti si constatano generalmente negli isterici, se ne deduce che essi non possono convalidare il sospetto di simulazione. Talora la posizione delle dita nella contrattura isterica assume l'atteggiamento delle dita del morbo di Parkinson, ma l'assenza degli altri sintomi caratteristici di questa sindrome evita qualsiasi errore di diagnosi. Recentemente Haskovek ha descritta una « deviazione laterale delle dita » come fenomeno concomitante della neurosi traumatica, ma essa evidentemente rientra nel gruppo delle contratture isteriche.

Dragotti.

CURE MODERNE.

L'azione dell'uranio in un caso di cancro.

Nota preventiva del dottor Umberto Manega chirurgo primario all'Ospedale di Osimo.

Nell' « Archivio di farmacologia sperimentale e scienze affini » del 1912 veniva pubblicato dal prof. C. Acqua, incaricato dell'insegnamento della fisiologia vegetale presso la R. Università di Roma, uno studio accurato « sull'azione dell'Uranio sulla cellula vegetale ». L'A. nella sua monografia veniva nella conclusione che: « l' Uranio esercita la sua azione specifica sui nuclei cellulari, dei quali impedisce la cariocinesi e perciò arresta rapidamente la moltiplicazione delle cellule embrionali ». Terminava poi rammentando l'analogia esistente tra la cellula vegetale e quella animale per un gran numero di fenomeni ad ambedue comuni e consigliando l'opportunità di compiere un simile studio su gli organismi animali, in casi di moltiplicazione di cellule anormali.

Accettai il consiglio del prof. Acqua; e memore delle diverse teorie sulla patogenesi del cancro, tra le quali molto seducente quella embrionale del Durante, che nel mio esperimento sembra trovare un'ulteriore sanzione, volli provare il *nitrato di uranio* sopra un caso di cancro riprodotto della mammella.

I soddisfacenti risultati, da me ottenuti nello spazio di quattro mesi, mi indussero a pubblicare per ora questa breve nota, riservandomi di dare ulteriori ragguagli quando si potrà con sicurezza affermare di completa o meno avvenuta guarigione.

P... A..., d'anni 61, inserviente, di Osimo, fu da me operata di asportazione di cancro della mammella destra con vuotamento del cavo ascellare il 28 agosto 1907. L'esame microscopico confermò la diagnosi di cancro midollare. La guarigione avvenne di prima intenzione; e la donna godette buona salute per un periodo di cinque anni circa. Poi cominciarono noduli di riproduzione sulla regione operata e con essi dolori lancinanti. Quando a me si ripresentò l' ammalata, nel maggio u. s., ho constatato che il volume del tumore riprodotto era quello d'un pugno d'adulto, durissimo, fisso al torace, coperto dai comuni tegumenti rossi e lucenti. Nel centro della tumefazione la pelle era ulcerata per una grandezza di un pezzo da cinque centesimi e sanguinante. Notai nella paziente un deperimento notevole, determinato dalla incipiente cachessia e tale da far presagire non molto lontana la sua fine.

Iniziai la cura il 6 giugno u. s. facendo dapprima iniezioni a giorni alterni sia sul tessuto cancerigno che nella regione circostante di un gr. di soluzione all'uno su diecimila di nitrato di uranio e per un periodo di 30 giorni: poi all'uno su cinquemila, all'uno su quattromila per un periodo di altri trenta giorni e sempre a giorni alterni; da ultimo adoperai la soluzione all'uno per mille, iniettando di quest'ultima anche due grammi per volta. Le iniezioni suddette, in numero complessivo di circa sessanta, fatte ambulantemente, furono perfettamente tollerate; non hanno mai dato luogo ad alcun disturbo, se si eccettui un certo bruciore sul sito della durata di pochi minuti, specialmente con le ultime soluzioni più forti.

In tutto questo periodo di tempo fu sospesa due volte la cura per un periodo di 8-10 giorni, per aver campo di meglio studiare la durata dell'effetto del nitrato d' uranio. Ebbi cura inoltre di mantenere sulla superficie ulcerata del tumore dei batuffoli di cotone sterile imbevuti della soluzione.

I risultati fin'ora ottenuti e che mi sembrano confortanti, sono i seguenti:

a) Cessazione completa dei dolori lancinanti; e ciò fin dall'inizio della cura.

b) Riduzione graduale della tumefazione fino a raggiungere circa un terzo soltanto del volume primitivo, volume che tale si mantiene da circa 10-12 giorni. Il fatto è constatato dall'ammalata stessa con suo grande conforto.

c) L'ulcera, dapprima facilmente sanguinante, si è coperta di sottile pellicola.

d) È graduale l'aumento delle forze della paziente, già in pericolo di vita: e le sue condizioni generali sono assai soddisfacenti.

e) Il peso del corpo che non ho constatato al principio della cura, perchè intrapresa con scarsa fiducia, era un mese addietro di kg. 79, per arrivare oggi a kg. 81. Si rammenti che la cura è stata fatta ambulantemente, che l'ammalata è povera vive in una misera soffitta e manca quindi di tutti quei conforti che avrebbero potuto completare la cura medesima.

A questo punto dobbiamo farci una domanda: Continuerà il tumore nella sua fase regressiva? oppure potrà mantenersi così ridotto senza minacciare ulteriormente l'esistenza della paziente?

La risposta potrà essere data tra non molto tempo.

Questa mia breve nota intanto, lontana da qualunque pretesa, ha il solo scopo di incoraggiare gli studiosi di patologia, che dispongono di perfetti mezzi di indagine, a tentare la prova in casi simili.

Posso dir loro che vedrà tra breve la luce una comunicazione dello stesso prof. di fisiologia vegetale, fatta in questi giorni all'Accademia dei Lincei, nella quale si prende in più intimo esame l'azione di degenerazione nucleare provocata dall'uranio e si espongono i risultati di ricerche secondo le quali l'uranio stesso distrugge la cromatina, impedendo così il processo cariocinetico.

Per parte mia continuerò con questo e con altri casi nell'intrapreso esperimento, adoperando anche altri sali di uranio e riservandomi di riferire esattamente a tempo opportuno sui risultati ottenuti.

Auguriamoci che gli sforzi di molti possano arrivare ad una soddisfacente soluzione e che questo metodo di cura del cancro non abbia ad accrescere il numero di tanti, finora inutilmente provati. Auguriamoci almeno ch'esso possa ottenere confortanti risultati nei casi di cancro dichiarati inoperabili.

Osimo, 10 ottobre 1913.

STORIA DELLA MEDICINA.

La trapanazione preistorica.

(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Sem. méd.*, n. 44, 29 oct. 1913)*.

L'apertura del cranio è una delle operazioni più impressionanti e che rendono più fieri gli uomini della nostra generazione, che l'hanno inaugurata. Quanta meraviglia ora se si pensa che simile intervento chirurgico si perde nella notte dei tempi, e che esso fu praticato da uomini, di cui la scienza non sa dirci nemmeno l'epoca nella quale vissero?

Prunières de Marvejolles nel 1868 e De Bay per i primi mostrarono dei crani, appartenenti a scheletri di un'età sconosciuta, ritrovati sotto dolomiti o in grotte sepolcrali, sui quali si riscontravano aperture artificiali fatte durante la vita. E gli studi precisi degli scopritori e di Broca assodarono che in questi soggetti preistorici l'apertura del cranio era stata fatta durante la vita, e ne era seguita la guarigione ed anche una lunga sopravvivenza.

* Il veterano della chirurgia francese venne abbattuto dal male dopo aver letta questa comunicazione alla *Société de Chirurgie*. Riportandola, intendiamo rendere omaggio alla sua venerata memoria.

Le scoperte in seguito si moltiplicarono e costrinsero ad ammettere che la trapanazione del cranio fosse, in epoche lontanissime, operazione abituale.

E la sorpresa crebbe, e ad essa tennero dietro interpretazioni false ed ingiuriose per i nostri antenati. Non si credettero questi capaci dell'ardita concezione chirurgica, che forma un orgoglio dei nostri tempi, e si disse che essi si assoggettarono a simili interventi chirurgici per solo fanatismo religioso, come ancor oggi alcuni selvaggi si assoggettano a mutilazioni. E poichè con le pietre non era facile aprire il cranio di un adulto, si disse che queste operazioni erano fatte sul cranio tenero dei fanciulli per una consacrazione religiosa o per l'espulsione di demoni.

Non si fu contenti dunque d'inventare la religione dell'uomo preistorico, ma se ne volle precisare il culto!

È venuto poi il tempo della riflessione, e lo studio è stato fatto con più precisione e minor fantasia. Questi pezzi anatomici sono venuti a rappresentare per noi un documento prezioso che ci fa comunicare con una umanità di epoca sconosciuta, ma abituata all'osservazione, al ragionamento, alle deduzioni terapeutiche, un'umanità insomma intelligente. Forse che non sono da attribuirsi ad un'epoca assai assai remota documenti artistici di esecuzione mirabile? Ed allora perchè negare una pratica, che non si è limitata ad un'epoca soltanto, ma si ritrova fra razze diversissime ed in età che non possono avere nessun rapporto fra loro?

E poi ora vedremo come questa pratica, da tempi imprecisabili, si è mantenuta fino a che noi l'abbiamo adottata con criteri scientifici e strumentazione perfetta; e questa costanza ininterrotta ci dice come la natura umana fu sempre indirizzata dal dolore e condotta a quelle osservazioni, a quelle sole pratiche terapeutiche capaci di alleviarlo. Quando la civiltà ha portato la paura del dolore e della morte, la pratica della trapanazione presso i popoli più civili si è lungamente eclissata, per riapparire quando la scienza moderna ha garantito la soppressione del dolore e la sicurezza del risultato.

Infatti, con serie che già dicevamo ininterrotta, noi troviamo crani trapanati non solo nelle grotte sepolcrali di epoca imprecisabile, ma anche in altre sepolture, pur essè preistoriche, ma certo assai più vicine a noi, come i cimiteri galli. Più tardi, in America, nelle tombe dell'età precolombiana noi ritroviamo numerosi esemplari di tale intervento, assai interessanti in quanto lo stato di mummificazione permette lo studio dei minimi particolari dell'operazione.

E questa trapanazione selvaggia esiste ancora, non solo tra gli abitanti della Polinesia e delle montagne del Daghestan, ma presso popoli assai

più vicini, come i *Kabyles*, dove l'Autore, a Biskra, ha trovato un *thoubib* che la praticava correntemente.

Nella Cornovaglia, il paese delle miniere più antiche, è pratica popolare per i traumatismi alla testa, che ivi sono tanto comuni.

Nei paesi di maggiore civiltà si trova appena. Pare che nel medio-evo fosse, in Europa, affidata a ciarlatani, i cosidetti *circulatores*; acquistò credito ed importanza, ma non criterio scientifico, durante le guerre del XVII e XVIII secolo.

Le nazioni di grande ed antica civiltà non hanno praticata la trapanazione: cosicchè noi non la ritroviamo fra i Cinesi, gli Indiani, gli Egiziani, gli Arabi, e ciò per la ragione suesposta della maggiore sensibilità al dolore.

Ed a questo punto ci si presentano due importanti problemi da risolvere: come mai l'uomo primitivo e dell'età della pietra ha potuto eseguire con tanta perfezione una operazione così delicata e laboriosa? quali scopi si prefiggeva?

Adoperando le selci si poteva aprire il cranio o grattando, come sosteneva Broca, o ripassando pazientemente nei solchi, come dimostrò sperimentalmente Capitan. Ma un altro procedimento dovettero avere i nostri antenati, certo non così ingenui da adoperare le loro selci come noi adoperiamo i nostri taglienti di acciaio, e noi lo ritroviamo ancora fra i popoli selvaggi; essi cioè ruotando la punta di una selce afferrata a piena mano, dovevano rapidamente entrare nel cranio, facendo tanti fori l'uno accanto all'altro, e sovrapponendoli in parte, facilmente e senza produrre sangue giungevano al distacco di un disco osseo. Le dentellature, spesso ancora riconoscibili nei crani ritrovati, sono lì a testimoniarlo; il cranio peruviano segnalato dal Verneau, nel quale forse la morte impedì di terminare l'operazione, presenta tracce incontestabili di questa tecnica. Ed ancora oggi i Kabyles adoperano così i loro punteruoli d'acciaio, ed i pastori, con lo stesso movimento, aprono il cranio dei loro montoni affetti da *tournis*.

Gli strumenti moderni poi di più alta precisione non sono i trapani classici a sega rotonda, ma apparecchi che perforano il cranio con movimenti rapidi di rotazione!

Quale lo scopo dell'apertura del cranio?

È quasi indubbiamente da scartare l'idea religiosa, nel cui campo la fantasia è giunta a far dire che la tonsura dei preti non è che un residuo della trapanazione preistorica! L'interpretazione più probabile è quella che si riferisce ad un'idea terapeutica.

Negli individui primitivi dovevano essere frequentissime le fratture del cranio, e l'uomo dovette essere indotto a togliere le schegge e a lenire i dolori atroci degli infossamenti cranici. Poco a poco, quando si ritrovò di fronte a soggetti con dolori terebranti identici, la sua esperienza gli suggerì di aprire il cranio e i non difficili successi confermarono ed estesero la sua pratica. Lo stato selvaggio con le sue prerogative di maggiore insensibilità, di abitudine ai traumatismi, di rassegnazione di fronte al dolore violento resero gl'infermi resistenti all'intervento. L'esaltazione della sensibilità è un attributo della civilizzazione e la chirurgia senza ipnotici è assai facile presso gli individui di mediocre civiltà.

I numerosi casi nei quali, con vantaggio e con sollievo si può praticare l'apertura del cranio a solo scopo decompressivo, non furono ignoti ai nostri antenati lontanissimi. L'esperienza dei secoli completò la loro scienza.

Sì che questo processo, che è nato nei nostri tempi, e di cui noi siamo tanto fieri, formò la terapia di uomini così lontani nel tempo, che noi non sappiamo attribuire ad essi un'epoca. Forse noi, proclamandolo ed adottandolo nel nome della scienza, abbiamo subito un impulso, che essi ci hanno dato? E non avviene spesso che quelle che orgogliosamente chiamiamo scoperte nostre, non siano che ritorni a pratiche ed a nozioni di antenati sperduti nel tempo?

La trapanazione del cranio è certo il documento più straordinario che noi abbiamo dell'umanità.

GIUSEPPE SABATINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Glossite flemmonosa parenchimale acutissima con imminente pericolo di vita per asfissia.

Nota del dott. MARINO CATI.

T... A..., di anni 40. Il padre morì a 74 anni di paralisi progressiva, la madre a 65 anni di emorragia cerebrale. Due fratelli viventi godono buona salute.

L'infermo ha sofferto i comuni esantemi della infanzia ed una leggera bronchite all'età di sette anni. A 23 anni incominciò ad abusare di vino e di liquori, continuando ad essere sempre forte bevitore; è anche forte fumatore. Mai sofferse di convulsioni. Nega lues.

Il giorno 16 aprile alle ore 6.30, mentre si stava vestendo, sentendosi mancare, si sdraiò sul letto e perdette la coscienza: un suo bambino presente al fatto, narrò che l'infermo agitava le braccia. Riacquistata la coscienza il malato si accorse di avere la lingua dolente per una piccola soluzione di continuo sul margine destro; più tardi ebbe anche l'impressione che la lingua fosse leggermente tumefatta.

Alle ore 14.30 dello stesso giorno, stando in letto, l'infermo fu improvvisamente colpito da convulsioni tonico-cloniche, con perdita di coscienza, intensa cianosi del volto, senza perdita

di feci e di urine. L'attacco convulsivo durò circa 10 minuti.

Fui chiamato d'urgenza. Giunsi quando erano cessati i movimenti convulsivi, ma la coscienza non era tornata ancora normale; chiamando a nome l'infermo, questi rispondeva quasi gridando, spaventato; vi era ancora cianosi del volto, leggera dispnea, polso molle e frequente. All'esame della cavità orale, quasi nel punto di mezzo del margine destro della lingua, si notava una ferita lacero-contusa a tutto spessore, estesa circa mezzo centimetro; la lingua, specie nei tessuti circostanti alla lesione, era alquanto aumentata di volume; i tessuti del pavimento della bocca apparivano violacei ed un po' tumefatti. Temperatura 38°.

L'infermo, riacquistata completamente la coscienza, nulla ricordava dell'accaduto; accusava però dolore violento alla lingua e, per il gonfiore della lingua stessa, una certa molestia nella fonazione e nella deglutizione. Consigliai subito lavacri antisettici ed applicazione di ghiaccio.

Dopo due ore il dolore alla lingua era notevolmente diminuito e l'infermo si sentiva migliorato, perchè la lingua e i tessuti del pavimento della bocca mostravano evidente tendenza a detumefarsi. Lasciai l'infermo in queste condizioni, che mai avrebbero lasciato sospettare quanto avvenne in seguito.

Solo un'ora dopo, circa cioè le 17.30, fui di nuovo chiamato con la massima urgenza, ed accorso prontamente mi si offerse il quadro penoso del morente per asfissia. Paziente immobile, completamente incosciente; bulbi sporgenti, volto intensamente cianotico, corpo ricoperto di sudore freddo; respirazione stertorosa, difficilissima; polso frequentissimo, appena percettibile. La bocca spalancata si vedeva riempita dalla lingua enormemente ingrossata, violacea e sospinta in alto dai tessuti del pavimento della bocca, anch'essi violacei ed oltremodo tumefatti, fino a raggiungere anteriormente il margine tagliente degli incisivi inferiori.

Il pericolo di vita per asfissia era imminente; urgeva perciò intervenire chirurgicamente per ristabilire la circolazione aerea.

Rapidamente, dopo aver introdotto due dita nella bocca per abbassare la lingua spinta in alto, feci una profonda incisione sulla faccia superiore della lingua stessa, lungo la linea mediana, per la lunghezza di circa 6 cm.; poscia con le dita procurai sbrigliare i tessuti edematosi e anteriormente la lingua, verso l'apice, ebbe i tessuti divaricati a tutto spessore per circa 2 cm.

Come effetto dell'incisione e dello sbrigliamento si ebbe immediata fuoriuscita di sangue rossoscuro, istantanea diminuzione della cianosi del volto e graduale scomparsa degli altri sintomi. Il passaggio dell'aria era evidentemente ristabilito e scongiurato quindi il grave pericolo di morte per asfissia. Subito dopo furono praticate iniezioni eccitanti, che si continuarono anche nella notte, insieme ad applicazioni locali di ghiaccio.

Non si ebbe una forte emorragia: oltre la parenchimatosa, solo tre arteriole davano sangue e bastò afferrarle con pinze di Kocher per avere in breve tempo un'emostasi definitiva.

Il giorno successivo, 17 aprile, continuava ancora una leggera emorragia parenchimatosa, nella bocca si trovarono molti coaguli sanguigni ed emanava un fetore insopportabile. Vi era ingorgo delle glandole linfatiche sotto-mascellari. La respirazione si effettuava abbastanza bene: ad intervalli l'infermo aveva subdelirio.

Temperatura 39°.3; polso 120; respirazione 26.

Rimozione dei coaguli sanguigni, antisepsi boccale, ghiaccio, dieta lattea, un grammo di teobromina al giorno.

All'indomani si somministrò un purgante oleoso. Nei margini della lingua, e precisamente nella porzione extra-dentaria rimasta compressa dai denti, si formarono dei cenci necrotici, neri, fetidissimi, molto aderenti alle parti sane: questi cenci necrotici vennero continuamente escissi e i tessuti sottostanti trattati con soluzione alcoolica di iodio.

Le superfici cruente si mantennero sempre ben deterse e con ottime granulazioni, cosicchè il 2 maggio la cicatrizzazione era completa.

Era anche scomparso il fetore, l'ingorgo glandolare e la febbre. La lingua, tornata al volume normale, presentava ai margini solo due piccole piaghe, ben granulanti. Deglutizione e fonazione normali.

Il 3 maggio l'infermo lasciò il letto in condizioni locali e generali molto soddisfacenti.

Il 12 maggio la lingua era completamente guarita; il malato in ottime condizioni generali. Si credette opportuno continuare l'uso della teobromina.

Ora possiamo domandarci: di che natura furono le convulsioni da cui fu colpito il malato? Probabilmente si trattò di accessi di epilessia arteriosclerotica, abbastanza frequenti nei soggetti che fecero lungo abuso di bevande alcooliche.

E quale fu il processo morboso che invase la lingua? Certamente una glossite flemmonosa parenchimale, determinata dai microrganismi della bocca, penetrati per le soluzioni di continuo prodotte dai denti durante gli attacchi convulsivi. Non si formò l'ascesso perchè la profonda e lunga incisione fece abortire il processo.

Ma ciò che colpisce è la rapidità fulminea con cui il processo morboso attecchì e si svolse, mettendo in pericolo la vita del paziente. Difatti solo 11 ore decorsero dal primo attacco di convulsioni, e consecutive leggere lesioni da morsicatura della lingua, al momento in cui l'infermo corse il rischio di morire per asfissia: anzi nelle prime 8 ore il processo morboso era appena manifesto, e divenne imponente soltanto nelle successive 3 ore, vale a dire dopo il secondo attacco di convulsioni, che produsse certamente, per mezzo dei denti, lesioni della lingua più marcate e più favorevoli al rapido sviluppo del processo flogistico.

Per quali cause adunque la glossite si svolse così tumultuariamente? Queste cause debbono ricercarsi nella natura dei germi, nelle condizioni locali dell'organo colpito e nelle condizioni generali del soggetto.

Il germe o i germi che hanno prodotto la glossite saranno stati ospiti abituali della bocca e dotati di un notevole grado di virulenza per produrre flogosi intensa e parziale distruzione necrotica dei tessuti.

Le condizioni locali dell'organo colpito contribuirono indubbiamente sull'andamento del processo: questo, infatti, già iniziatosi al mattino dopo le prime lesioni della lingua, divenne molto più attivo quando per il secondo attacco di convulsioni avvennero nuove lacerazioni e contusioni della lingua stessa, e si ebbe quindi un terreno molto più favorevole allo sviluppo dei germi.

Dobbiamo infine attribuire un certo valore anche alle condizioni generali, che non offrirono certamente un grado notevole di resistenza organica, trattandosi di un soggetto gravemente intossicato dall'alcool e dalla nicotina.

La minacciante asfissia era prodotta sia dalla compressione che la base della lingua esercitava sull'epiglottide, sia dall'edema sopraggiunto nella glottide. L'incisione e lo sbrigliamento, con la abbondante fuoriuscita di sangue e di siero edematoso, provocarono naturalmente rapida detumefazione della lingua, che non compresse più l'epiglottide, riassorbimento dell'edema glottideo ed arresto del processo morboso.

Un'altra operazione chirurgica avrebbe potuto salvare l'infermo: la tracheotomia. Ma, quantunque in casi urgentissimi sieno state eseguite felicemente tracheotomie con le sole forbici (Marchettini), oppure con le forbici e una cannuccia di pipa, pure non potevo dissimularmi la gravità dell'intervento operativo, anche per la mancanza assoluta di assistenti abili e di un ambiente adatto e sereno.

Concludendo: la glossite flemmonosa parenchimale, sia diffusa o circoscritta, deve aver sempre una prognosi grave, perchè può asfissiare il paziente in poche ore. Richiede quindi un soccorso chirurgico pronto ed oculato.

Cantalupo Sabino, giugno 1913.

Fistola salivare del dotto di Stenone guarita spontaneamente

per il dottor SCARAMUCCI FRANCESCO.

Sui primi di luglio 1911, certo I... D..., di anni 54, si presentò a me con una tumefazione rossa dolente, a limiti indeterminati e della grossezza di una noce avellana, in corrispondenza della regione geniena sinistra.

Durante 20-25 giorni tale tumefazione cominciò a divenire voluminosa, inceppando quasi totalmente i movimenti della masticazione e assumendo per i suoi caratteri, l'aspetto di un flemmone sub-acuto in principio, acutissimo poi.

Deciso l'atto operativo il 1° agosto, fu necessaria un'ampia incisione obliquo-verticale, e cioè disposta secondo l'asse maggiore della tumefazione. Il contenuto era marcioso-sanguinolento con forte odore di putrefazione avvertito anche dagli astanti. Per oltre 15 giorni dalla cavità si dovettero man mano asportare via cenci necrotici, finchè si addivenne all'accollamento delle pareti ed alla quasi cicatrizzazione della ferita.

Fu allora che apparve evidente uno stillicidio di liquido limpido, filante che aumentava colla masticazione e coll'uso del fumare; era saliva che inzuppava tutta la medicatura, pura saliva non più mascherata nè dal sangue, nè dal pus.

Fu messa ogni cura per guarire questa ormai fistola salivare, e si diede perciò opera a fasciature compressive, a cauterizzazioni col nitrato d'argento, colla tintura di iodio, ecc.

Ma l'uscita della saliva si manteneva abbondante specie mentre il paziente masticava o fumava, onde si pensò, data la persistenza del seno fistoloso, che non alla glandola parotide la fistola appartenesse, ma al dotto di Stenone. Ed una tale diagnosi venne da vari colleghi confermata sia per l'ubicazione della lesione, sia per mezzo del cateterismo, il quale fu proposto anche come cura da tentare.

Si arrivò difatti a questa cura, ma per breve tempo e senza alcun esito, di guisa che il paziente si noiò e riprese un bel giorno, essendo egli un lavoratore dei campi, la sospirata via della campagna, trascurando completamente o quasi, il suo incomodo.

Corse così un lasso di tempo — quattro mesi circa — in capo ai quali la saliva non uscì più dal seno fistoloso; la reintegrazione del condotto di Stenone era avvenuta spontanea e completa; e due anni ora son trascorsi, e la guarigione si mantiene definitiva.

Mi è piaciuto riferire questo caso perchè offre un modesto contributo alla possibile reintegrazione spontanea della fistola salivare del dotto stenoniano, laddovechè molti patologi affermano essere ciò impossibile.

Ed in tal senso, Duplay e Reclus dicono che la fistola salivare del condotto di Stenone è difficile a guarire, Rochard e Dumoulin scrivono nella diagnostica clinica chirurgica, che la fistola salivare del dotto di Stenone è difficilmente curabile; Tillaux afferma che le fistole del dotto di Stenone non hanno tendenza a guarire e reclamano un intervento operativo delicato. Di tali interventi poi se ne sono esco-

gitati di ogni specie: chi ha tentato suturare i due estremi del condotto reciso, chi deviare il corso della saliva creando un nuovo orifizio nella cavità buccale e chi, infine, estirpare od atrofizzare con liquidi caustici la parotide.

Del resto, in base alla mia ossorvazione, è da ritenersi per fermo, considerando anche i dispareri fra gli autori sulla guarigione spontanea delle fisto'e salivari, che prima di intervenire con atti operativi, talora di incerto risultato, si tentino per parecchi mesi i mezzi incruenti, consigliando all'infermo una paziente aspettativa, dopo di che, trascorso inutilmente molto tempo — da 4-6 mesi — è giusto e doveroso ricorrere al grande ausilio dell'arte chirurgica.

Ischia di Castro, 28 giugno 1913.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

I Congresso italiano di radiologia medica.

Milano, 12, 13, 14 ottobre.

Nei giorni 12-13-14 ottobre u. s. si è svolto a Milano il I Congresso italiano di radiologia medica, promosso dalla Società di radiologia, ed organizzato da un Comitato locale, di cui erano presidente il dott. Parola e segretario generale il dott. Perussia.

Prof. **Augusto Righi**. *La natura dei raggi X.* — Premesse nozioni generali sulle proprietà dei raggi X, l'O. fa notare come molto meno conosciuta sia la natura di tali raggi:

Sono essi formati da fasci di particelle materiali velocissime, ovvero sono semplicemente delle vibrazioni enormemente energiche dell'etere, di quella sostanza imponderabile che pervade tutti gli interstizî esistenti fra le particelle minime della materia? In altri termini, sono essi di natura materiale o di natura immateriale? Questa seconda ipotesi è stata finora la preferita dai fisici. E studi recentissimi l'hanno confortata al punto da conferire ad essa quasi il carattere della certezza.

Gli studi relativi sono stati compiuti specialmente da Friedrich, Kipping e Laue. Questi scienziati hanno fatto cadere un fascio sottilissimo di raggi Röntgen su di un cristallo di salgemma, parallelamente ai cosiddetti assi di simmetria del cristallo stesso, cioè in una direzione uguale a quella secondo la quale son disposte nel cristallo, in perfetto ordine, la varie file delle molecole componenti il cristallo stesso. E al di là del cristallo hanno posto una lastra fotografica, in modo che i raggi Röntgen per arrivare su questa lastra dovevano attraversare il cristallo. Naturalmente i raggi Röntgen sono così penetranti che un fascio di essi attraversa il cristallo di salgemma e giunge così al di là di esso, ad *impressionare* la lastra fotografica, proprio come un fascio di luce ordinaria attraverso un vetro giunge ad impressionare una lastra fotografica posta al di là di esso.

Dopo aver dato alla lastra fotografica il tempo di venire impressionata dai raggi Röntgen, gli scienziati suddetti l'hanno sviluppata e hanno studiato le immagini così ottenute. Ebbene, essi constatarono che tali immagini erano costituite da una serie di macchioline disposte secondo un ordine perfetto, e questo ordine ripeteva quell'ordine, secondo il quale sono disposte nel cristallo di salgemma le singole molecole.

Studiando a fondo il fenomeno risultò che esistono delle analogie assai grandi fra esso e i fenomeni cosiddetti d'*interferenza,* che si constatano nel campo dell'ottica, quando si fa passare un fascio di luce attraverso una fessura sottile e si studia il modo di comportarsi di esso al di là della fessura, o quando un fascio di luce vien fatto battere su una superficie polita sulla quale sono state tracciate delle linee sottilissime parallele vicinissime fra loro: il Righi ricorda che tutto questo amplissimo campo di studi di ottica venne aperto dalle prime osservazioni che sulla diffrazione della luce ha fatto un fisico italiano, il Grimaldi. Lo studio minuto dei fenomeni d'interferenza eseguito nel campo dell'ottica, sperimentando sui cristalli, aveva già fornito delle nozioni importantissime rispetto ai varî ordini di fatti fisici. In primo luogo si è potuto determinare il modo con cui si sono ordinate in seno ai cristalli le singole molecole. In secondo luogo si è stati tratti a pensare che al contatto delle vibrazioni eteree, di cui è costituito il fascio di luce che colpisce il cristallo, gli atomi delle molecole del cristallo stesso si mettano anch'essi a vibrare in concordanza con le vibrazioni eteree costituenti il fascio di luce.

La regolarità di questi fenomeni è tale che in base alle particolarità più sottili di essi si è potuto determinare la lunghezza d'onda delle vibrazioni eteree, che costituiscono la luce. Ebbene, le ricerche che il Friedrich, il Kipping e il Laue hanno eseguito sui raggi Röntgen col dispositivo suddetto, hanno dato dei risultati analoghi.

Cioè si è constatato che quando il cristallo di salgemma è colpito dai raggi Röntgen gli atomi, di cui sono formate le sue molecole, si mettono

a vibrare similmente a quanto fanno quando vengono colpiti dal raggio di luce. E le macchie, che si riscontrano sulla lastra fotografica colpita dal fascio di raggi Rötgen dopo che questo ha attraversato il cristallo di salgemma, non corrispondono solo all'*impressione* fatta sulla lastra dai raggi Rötgen, che hanno attraversato il cristallo, ma anche a quella prodotta da queste vibrazioni, che, partite dagli atomi del cristallo stesso, si sono anch'esse diffuse fino a colpire la lastra. Si comprende cosi la ragione per cui le macchioline presentate dalla lastra, quando la si sviluppa, riproducono assai bene i particolari di disposizione delle molecole di cristallo: gli è che a produrle hanno contribuito in modo regolare le vibrazioni in posto degli atomi, di cui quelle molecole son formate.

Se ne deduce dunque che i raggi Rötgen sono, come i raggi luminosi, delle vibrazioni dell'etere.

Anche in tal caso la regolarità del fenomeno è tanta che in base ai particolari di esso (cioè tenendo conto del modo e dell'ampiezza delle vibrazioni *di simpatia* presentate dagli atomi del cristallo) gli studiosi suddetti hanno potuto determinare la *lunghezza d'onda* delle vibrazioni, che costituiscono i raggi di Röntgen, così come altri prima di loro in base ai particolari dei fenomeni corrispondenti nel campo ottico avevano misurato la *lunghezza d'onda* delle vibrazioni che costituiscono i raggi di luce. Ed hanno trovato che tale lunghezza è circa mille volte più piccola della lunghezza d'onda delle vibrazioni luminose.

Com'è noto, i raggi luminosi dalla lunghezza d'onda minore sono i raggi di luce violetta, ed inoltre esistono delle vibrazioni eteree di lunghezza d'onda ancora minore, non luminose, eppure dotate di proprietà energetiche intensissime, i così detti *raggi ultra-violetti*. Ebbene, i raggi Röntgen, in base alle constatazioni suesposte, verrebbero nella scala delle vibrazioni eteree, ancora dopo i raggi ultravioletti per ciò che riguarda la brevità dell'onda, pur essendo anch'essi dotati di proprietà energetiche intensissime; meritano quindi di esser detti *raggi ultra-ultra-violetti*.

Prendendo posto in questo modo nella serie già abbastanza nota delle vibrazioni dell'etere, essi perdono gran parte di quel carattere misterioso che hanno avuto finora; mentre l'azione che essi hanno sul corpo umano viene ad assimilarsi fino ad un certo punto a quella della luce: quando i medici li dirigono sugli organi per combattere il male nella sua sede più profonda, là dove essi soli sanno penetrare, è in certo modo una cura di luce che viene praticata.

Prof. **Vittorio Maragliano.** *Gli apparecchi intensivi nella tecnica röntgenologica.* — L'O. dopo aver sviscerato la questione importantissima degli apparecchi intensivi nella tecnica röntgenologica, giunge alle seguenti conclusioni:

1. Nell'apparecchio intensivo oltre che l'intensità della scarica del secondario ha il massimo valore anche la forma della curva della scarica stessa.

2. Allo stato odierno della tecnica, un unico apparecchio intensivo od extraintensivo è difficile che possa sopperire a tutte le richieste della radiologia e sarà miglior consiglio avere un doppio impianto: un extraintensivo per la radiografia, ed un buon rocchetto a scintilla lunga, con poco ferro e raffreddato, per la radioscopia e la radioterapia a posa. Chi non vuol acquistare due apparecchi può ricorrere all'ultimo apparato del Dessauer, su corrente alternata — oppure, su continua, ad un rocchetto intensivo in cui si abbia la possibilità di lavorare per l'istantanea coll'unica scintilla, per la radiografia rapida col Wehnelt e, per radiografia a posa, radioscopia e terapia, col mercurio. Meglio poi se il rocchetto ha compatibilmente colla sua intensità, poco ferro e secondario segmentato.

3. Si riserbi di regola la radiografia istantanea o rapidissima all'ambito polmonare, al cuore, allo stomaco, per i bimbi inquieti ed a scopo di studi e applicazioni speciali.

Per la radioscopia, radioterapia e la massima parte della radiografia chirurgica si preferisca un apparecchio non intensivo e sedute e pose più lunghe.

4. Si scelgano ampolle preferibilmente ad anticatodo ricco di metallo, poco fusibile (come ad esempio il Wolfram) e si adoperino coll'intensivo, sempre le valvole. (*continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il dolore nella fossa iliaca destra.

Il dolore nella fossa iliaca destra di regola è dovuto ad appendicite, ma può dipendere da altre cause.

L'Ward riporta a sostegno di questo principio (*Lond. Hosp. Gaz.*, Apr. 1913) varie osservazioni cliniche che meritano di essere riferite minutamente:

1. *Dolore d'origine nervosa.*

Un uomo di 78 anni si lamenta di dolore nella fossa iliaca destra, dolore tollerabile che era insorto la prima volta di notte all'improvviso destandolo: non ebbe però vomito. L'infermo non aveva mai avuto prima dolore, però si lamentava di difficoltà della digestione. La lingua era impaniata; il polso e la temperatura normali. Esisteva una certa dolenzia nella fossa iliaca destra, ma la resistenza muscolare era appena percettibile: non si aveva una dolenzia profonda. Il paziente fu tenuto in letto e gli furono somministrati calmanti gastrointestinali senza grandi risultati. Nel quinto giorno dall'inizio della malattia comparve un'eruzione di *herpes zoster* lungo l'area di distribuzione dell'11° nervo dorsale. La dispepsia in questo caso doveva considerarsi solo una coincidenza.

In questo gruppo dei dolori nervosi va anche considerata l'appendicite isterica.

2. *Dolore di natura muscolare.*

Una donna di 38 anni, di condizioni generali non buone, accusava nell'addome, specialmente nella fossa iliaca destra, un dolore che si accentuava nei movimenti. La palpazione mise in rilievo una dolenzia delle pareti addominali. Essa aveva giuocato al *tennis* tutto il pomeriggio del giorno innanzi non essendo abituata a tal genere di *sport*. Ad un esame obbiettivo accurato si constatava che anche altri muscoli erano dolenti alla pressione. L'A. ha osservato spesso dolori nella fossa iliaca destra nei giuocatori di *golf*.

3. *Appendicite influenzale.*

Un giovane di 21 anni fu colpito all'improvviso da cefalea e violenti dolori addominali talmente violenti che egli pareva in collasso. Prima di questo attacco aveva avuto per qualche giorno una lieve angina. La temperatura era di 39°.2, il polso 140: il paziente con una mano si comprimeva la testa, coll'altra l'addome. Il dolore dell'addome era localizzato specialmente nella fossa iliaca destra.

La forte cefalea, l'irrequietezza e soprattutto il fatto che nello stesso opificio dove il paziente lavorava erano stati colpiti da influenza varie altre persone faceva pensare ad un attacco influenzale: infatti nei giorni seguenti, pur rimanendo la cefalea, le condizioni dell'addome andarono rapidamente migliorando.

L'A. riferisce numerosi altri casi di influenza che presentavano una sindrome appendicolare più o meno spiccata, in cui però coesisteva una intensa cefalea e dolori agli arti ed alle spalle. Per l'A. si tratterebbe di una vera localizzazione iniziale del processo influenzale nell'appendice. L'influenza generalmente si localizza alle fauci ed al faringe, ma è nota una localizzazione a carico dello stomaco o del colon; così non è improbabile che in qualche caso si abbia una localizzazione all'appendice. Di regola il processo appendicolare influenzale guarisce rapidamente. Alcune volte però s'impone un intervento, come in un caso dell'A.

4. *Sindrome appendicolare da malattie genito-urinarie.*

Il dolore nella fossa iliaca destra dovuto all'infiammazione degli annessi, o durante la mestruazione o nella pielonefrite o nella gravidanza è ben noto. Nella pielonefrite specialmente vi è una spiccata dolenzia nel punto di Mc. Burney forse per la comprensione dell'uretere in corrispondenza dell'anello pelvico. Nelle infezioni croniche delle vie urinarie dovute al *bacillus coli* o ad altri microrganismi che si verificano nelle donne il dolore nella fossa iliaca destra può essere molto accentuato e può essere causa di errori di diagnosi.

5. *Dolore dovuto al colon.*

Un cieco disteso per un accumulo di feci può dare origine ad una sindrome appendicolare più o meno accentuata: questo fatto si verifica frequentemente nella gastroptosi di forte grado, dove spesso le appendici asportate si riscontrarono normali. Forse molte cosiddette dispepsie appendicolari non sono altro che dispepsie associate a stitichezza.

6. *Dolore d'origine epatica.*

Una donna di 42 anni soffriva di attacchi di dolori addominali e vomito da oltre 6 mesi, nelle ultime sei settimane aveva vomitato quasi ogni giorno. Esisteva una lieve ittero e dolore lieve in corrispondenza della cistifellea ma molto più intenso in corrispondenza dell'appendice. All'operazione si riscontrò una cistifellea ispessita ed opaca senza presenza di calcoli, il fegato vi si

riscontrò normale. L'appendice anche era normale e fu asportata.

7. *Dolore dovuto ad endotelioma del peritoneo.*

Una ragazza di 9 anni fu colpita da dolori addominali: un medico che la vide due giorni dopo l'inviò all'opedale con diagnosi di probabile ascesso appendicolare. Al momento dell'esame presentava una tumefazione in corrispondenza della fossa iliaca destra della grandezza di un arancio; febbre e vomito.

All'operazione si riscontrò una massa che non fu potuta asportare e che sembrava interessare lo stomaco, l'intestino e l'omento. All'autopsia si riscontrò endotelioma diffuso.

Sembra curiosa in questo caso la mancanza di dimagramento ed il fatto che la bambina era stata in buone condizioni fino all'ultima settimana. I sintomi erano forse dovuti all'occlusione intestinale secondaria ad una emorragia nell'interno del tumore.

P. ALESSANDRINI.

L'ileo mesenterico cronico.

La questione dell'ileo mesenterico va assumendo oggi una notevole importanza: esso per lo più è sconosciuto dalla generalità dei medici mentre la sua frequenza e la sua importanza avrebbero dovuto richiamare prima l'attenzione. Il Rokitanski fin dal 1842 ha osservato il fatto che il tenue, se molto mobile, può col suo mesenterio comprimere il duodeno, che, trovandosi fisso, non può essere trasportato in basso: lo Schnitzler nel 1895 fece la diagnosi la prima volta al letto dell'ammalato ed istituì il trattamento operativo.

Non bisogna confondere l'ileo mesenterico cronico coll' acuta dilatazione di stomaco (o ileo arterio-mesenterico acuto o paresi gastro-enterica) che dipende da una paralisi primitiva dello stomaco e del duodeno dovuta forse a disturbi del vago o del simpatico, e ad una occlusione secondaria del duodeno nel punto in cui è sovrastato dal mesenterio: qui si tratta per lo più di una forma acuta, in cui, se non s'interviene, può sopraggiungere la morte in poco tempo

Nella forma cronica si verifica una moderata dilatazione di stomaco secondaria e l'occlusione non è assoluta. Il Graham (*Med. Rec.*, 15 settembre 1913), riferisce tre casi d'ileo mesenterico cronico capitati alla sua osservazione nel corso di una settimana.

Il reperto anatomico è costante: la porzione trasversa del duodeno nel punto in cui incrocia la colonna vertebrale in corrispondenza della terza o quarta vertebra lombare è fissata ad essa.

I foglietti del mesenterio dell'intestino tenue si staccano dalla faccia anteriore del pancreas immediatamente al disopra del duodeno e passano avanti a questo, insieme all'arteria, la vena ed il plesso nervoso. Le cause predisponenti ad una compressione per parte di essi sono: un'assottigliamento del mesenterio, una debolezza della muscolatura dello stomaco o del duodeno in seguito p. es. ad una malattia di lunga durata che richieda la posizione orizzontale per lungo tempo, l'enteroptosi, una lordosi lombare molto accentuata, il rilasciamento della parete addominale, e le ernie molto voluminose e difficilmente riducibili.

Il sintoma fondamentale è il vomito: esso si può verificare una o due volte al giorno e può presentare delle intermittenze di mesi: esso è più un rigurgito che un vero vomito. Non è raro anche un dolore all'ipocondrio destro talora all'epigastrio, dove assume un aspetto crampiforme: talora si può avere un senso di soffocazione. Durante gli attacchi gravi si ha oliguria ed acetonuria.

Esistono forme abortive, in cui l'unico sintoma è un senso di peso all'epigastrio od eruttazioni. All'esame obbiettivo si riscontra uno stomaco modicamente dilatato ed alla palpazione una dolenzia diffusa.

La profilassi consiste in una dieta abbondante nella convalescenza di malattie esaurienti e nell'evitare una lunga posizione supina. *In ogni caso di vomito, la cui diagnosi riesca oscura, si deve tentare di tenere il paziente in posizione genu-pettorale o sollevando i piedi del letto*: solo nel caso che questo trattamento sia inefficace e che si abbia il sospetto che si tratti della forma morbosa descritta si può ricorrere al trattamento operatorio che consiste in una gastro-enterostomia posteriore o in una duodeno-digiunostomia.

P. ALESSANDRINI.

TERAPIA.

Metodo semplice d'inalazione degli anestetici.

La narcosi generale tanto più agevolmente si effettua e tanto più è scevra da inconvenienti e da postumi, quanto più si riesce, con metodi speciali e purezza di medicamenti, a ridurre al minimo possibile la quantità totale di narcotico ed a regolarne la somministrazione in maniera che esso venga dal paziente inalato in modo uniforme e continuo.

Numerosi metodi ed espedienti sono stati escogitati a questo scopo, fino all'uso di vere macchine cronometriche da alcuni autori adoperate.

Con sagacia non comune e con vero spirito di utile praticità, il dott. Virno degli Ospedali Riuniti di Rona ha ideato un semplicissimo appa-

recchio che risponde nella maniera più ideale e più efficace agli scopi suddetti. È ne ha fatto ampia e diuturna applicazione, con risultati costanti ed eccellenti, nel 1° padiglione di chirurgia diretto dal prof. R. Bastianelli, al Policlinico Umberto I.

Il dott. Virno ne riferisce in una brave nota preventiva nella *Rivista Ospedaliera*, 1913, n. 17.

Il metodo dell'A. si fonda sulla proprietà di imbibizione dei tessuti immersi nei liquidi, sulla volatilità del cloroformio, dell'etere e della miscela di Schleich, e sulla pesantezza dei vapori di questi vari narcotici.

Bastano allo scopo: 1° una bottiglia comune (da 30 gr. per il cloroformio, da 60 per lo Schleich, da 100 per l'etere); 2° un rotoletto di garza idrofila, lungo 3 cm. più della bottiglia, e così grosso da passare a lieve pressione per il collo della stessa, e peschi nel liquido; 3° un pezzo di tela od una compressa da laparotomia nelle quali sia praticata un'asola.

Fa passare il collo della bottiglia nell'asola e ve lo ferma con una fettuccia; immerge nella bottiglia dell'anestetico lo stoppino di garza facendolo emergere per 3 cm. circa; situa l'orlo della bottiglia a mezzo cm. al disopra ed al davanti della punta del naso del paziente se egli giace supino, al disopra ed al davanti della narice più alta se giace su di un fianco, quasi a contatto delle labbra se è bocconi; ripiega la compressa sulla faccia del paziente in modo da limitare un piccolo spazio nel quale resti isolato lo stoppino.

Lo stoppino per capillarità è sempre bagnato dall'anestetico, il quale può quindi continuamente evaporarsi, sia per il calore della guancia del paziente, sia per la ventilazione che la respirazione stessa stabilisce.

Il paziente, senza manovre speciali, si assopisce dolcemente e rapidamente, in 2 a 5 minuti, senza mai passare per un periodo di eccitazione.

Dice l'A. che, se lievi perturbamenti fanno alleggerire o approfondire la narcosi, questa automaticamente ritorna al primo livello per effetto dell'accelerarsi o rallentarsi del respiro, che favorisce più o meno l'evaporazione del narcotico.

Si regola e si gradua la narcosi aumentando o diminuendo il tratto emergente dello stoppino.

Nessun paziente narcotizzato con questo metodo è stato soggetto ad incidenti spiacevoli durante la narcosi; nessuno ha avuto successivamente vomito o fatti bronchiali. Il risvegliarsi del paziente è anch'esso graduale e inavvertito.

Con questo metodo vengono ridotte al *minimum* le contro-indicazioni all'anestesia generale per i malati di cuore, bronchi, polmoni, alcoolisti, ecc., essendo la narcosi regolare assolutamente innocua.

L'economia ottenuta con questo metodo è grandissima: si consuma soltanto la quinta parte dell'anestetico d'ogni altra narcosi ben fatta, sia perchè il paziente assorbe minori quantità di anestetico, sia perchè ne è molto diminuito lo sperpero e lo spandimento nell'ambiente.

P. SABELLA.

Dell'anestesia col cloruro d'etile.

Il dott. Bardet adopera il seguente miscuglio per anestetizzare nell'estrazione di più denti. Mescolato con molta aria ed aspirato lentamente, esso produce la narcosi generale in circa due minuti e senza agitazione. La narcosi dura circa un minuto, quanto può bastare per l'estrazione di parecchi denti. Il risveglio è molto rapido; dopo pochi minuti è completo lo stato di lucidità mentale; qualche volta si ha nausea leggiera; ma subito dopo poche ore tutto è finito.

Cloruro di etile	gm. 60
Cloruro di metile . . .	» 35
Bromuro di etile. . . .	» 5

Per preparare il soggetto il Bardet somministra mezz'ora prima di praticare la narcosi 6 ctgm. di oppio demorfinizzato, allo scopo di calmare il sistema nervoso e preparare le condizioni più opportune all'anestesia. Inoltre è opportuno di fare assorbire una certa quantità di carbonato di calcio per evitare ulteriormente una crisi di ipercloridria.

Nell'anestesia generale l'abbassamento della sensibilità generale è una buona condizione per il sistema nervoso.

I riflessi irritativi del tubo gastro-enterico sono da sorvegliare, e bisogna badare alla possibilità di una azione tossica dell'anestetico sul fegato, per combatterla a tempo.

(*Société de Thérapeutique*, 15 maggio 1913).

p. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(191) *I preparati di tiroide nella cura dell'obesità.* — Prego rispondere nella Posta degli abbonati:

Quale valore ha la vantata e consigliata cura della tiroidina nella obesità? Quali gli eventuali pericoli della cura e quali le precauzioni? Quale è lo stabilimento in Italia che produce preparati sicuri di tiroidina?

Abbonato n. 7001.

La tiroide è stata utilizzata oltre che nelle classiche sindromi di ipo- e di distiroidismo, come cura sintomatica nelle più svariate forme morbose, traendo vantaggio da alcune peculiari proprietà

degli estratti, come quella di stimolare il ricambio materiale, la diuresi, di risollevare le depressioni psichiche, ecc.

Una popolarità pericolosa ha acquistato *la terapia opoterapica tiroidea nel combattere la polisarcia*, e la pratica è fondata, sebbene esperienze contraddittorie non manchino, sulla influenza della tiroide attivante il ricambio materiale.

I resultati meravigliosi e rapidi, ottenuti nelle mani di alcuni autori, sono in costrasto con gli effetti negativi e talora dannosi ottenuti da altri medici e *da molti pazienti*. È fuori di dubbio che in alcune polisarcie l'estratto tiroideo è il miglior mezzo per ottenere rapido dimagramento, così in molti polisarcici giovani e di bassa statura; purtroppo però il fatto clinico non può essere generalizzato a sistema: con ogni verosimiglianza l'estratto tiroideo *agisce in senso benefico in quelle obesità in cui non è improbabile una ipofunzione tiroidea*; resta senza effetto alcuno in altre polisarcie a patogenesi diversa. S'impone quindi da parte del medico un serio e minuto studio del malato, delle eredità morbose, ecc.; quando questo sia impossibile per una ragione qualsiasi, il medico ricorrerà ad oculati tentativi, *da lui stesso praticati e sorvegliati*, senza mai abbandonare il medicamento alla volontà del malato.

Praticamente quindi si può tentare tale genere di cura solo quando i comuni mezzi di igiene alimentare e fisica non abbiano dato resultato alcuno; la cura deve essere guidata e sorvegliata diligentemente dal medico, il quale deve fondare il criterio direttivo sul bilancio organico del paziente. Le dosi non devono essere troppo alte (0.20 di polvere di estratto); i periodi di cura opoterapica saranno alternati con periodi di cura igienica. Nelle polisarcie femminili, che seguono alla menopausa e talora alla castrazione, può associarsi all'estratto tiroideo, l'estratto ovarico.

I segni d'intolleranza dànno in genere un quadro parziale o completo d'ipertiroidismo.

t. p.

(192). *Cura del prolasso della mucosa rettale.* — Un bambino di anni 5 soffre da un anno di prolasso della mucosa del retto ad ogni evacuazione; emette ad intervalli feci rivestite di muco e soffre di stitichezza.

Le sarei grato se si compiacesse indicarmi la cura di tale affezione.

Con ringraziamenti ed ossequi mi creda

Dev.mo Dott. Gabriele Piccirilli
abbonato n. 8192.

È necessario anzitutto curare la causa (diarrea-stipsi). Nei bambini deboli, atrofici è necessario curare anche le condizioni generali (cure arsenico-ferruginose, idroterapia).

Avvenuto il prolasso si proceda alla sua *riduzione*: si ponga il bambino in posizione genupettorale, e quindi con un quadrello di garza a più doppi, o con una pezzuola di lino unta con olio di mandorle si spinga la tumefazione fino alla completa riduzione. Per impedire che si riformi si possono applicare sulle natiche due striscie di cerotto in croce in modo da ravvicinarle strettamente. Quando il bambino defeca si ponga in posizione elevata in modo da impedire che i piedi poggino in terra onde evitare che esso ponzi con troppa forza. Utile è far defecare i bambini nel semicupio per diminuire il tenesmo. Se non si riesce a ridurre il prolasso si può anche ricorrere alla narcosi cloroformica. Come tonico intestinale si può adoperare la paraganglina (2-4 goccie 3 volte al giorno). La paraganglina si può anche iniettare nel retto (20 30 goccie) con poca acqua. Riescono spesso utili gli enteroclismi di olio (30-50 gr. di olio di ulivo tiepido) iniettato con una sonda Nelaton.

Sono state consigliate per diminuire la rilasciatezza dell'anello muscolare le iniezioni di ergotina alla distanza di 1/2-1 cm. dall'ano:

Pr.

Ergotina Bonjean . . . gr. 1
Acqua distillata e bollita . } aa. gr. 10
Glicerina sterilizzata . . }
Per 10 fialette uso ipod. S. 1/3-1/2 siringa.

Si tenti anche la introduzione nel retto (due volte al giorno) di coni di ghiaccio che si lasciano liquefare nel retto stesso.

In casi nei quali non si riesce con questi mezzi ad evitare la recidiva si possono introdurre nel retto dei tubetti di ebanite o di metallo che terminano all'esterno con una placca metallica che porta 4 lacci che si fissano ad una cintura. Secondo alcuni, in casi ribelli, giovano le iniezioni pararettali di parafina. Se il prolasso non è assolutamente riducibile si consigli l'intervento chirurgico (rettorrafia transcutanea secondo il metodo di G. Pieri, *Riv. di clin. ped.* Settembre 1913).

M. F.

(193). *Contro il prurito vulvare.* — La prego farmi rispondere sulla rubrica relativa al seguente quesito:

Quale rimedio si può adoperare con successo contro il prurito e bruciore vulvare che si manifesta qualche volta nelle gestanti?

Ho tentato vari rimedi consigliati dagli autori ma con esito negativo o quasi, solo dall'unguento di cocaina ho ottenuto qualche beneficio, quindi le sarei tenutissimo se mi si indicasse qualche rimedio efficace.

Dott. Pietro Rizzo.

Circa il prurito vulvare è noto che bisogna principalmente ricercare il momento etiologico e rimuoverlo con qualsiasi mezzo, spesso anche ricorrendo a intervento chirurgico.

Nello stato di gravidanza, qualora non si riscontrino altre affezioni, il prurito può essere prodotto da secrezioni vaginali irritanti. Occorre perciò anzitutto verificare se non vi sia gonococco od altro che sostenga l'irritazione e il prurito e nel caso affermativo istituire una cura appropriata.

Per il prurito la pomata alla cocaina, epicarina, ittiolo, ecc., possono essere utili e giacchè ne ha ritratto giovamento insista, coadiuvando la cura con le usuali norme igieniche.

f. b. l.

(194). *Mezzi anestetici in odontoiatria.* — Desidererei mi indicasse un paio di ricette, delle più pratiche e delle più rispondenti a iniezioni sottogengivali, allo scopo di poter levare i denti senza dolore. Desidererei anche sapere se tali soluzioni non si alterano col tempo.

Quale sarebbe un trattatello di dentistica la più elementare e bastante per medico condotto?

Con stima. Dott. Canoffi.

Nella posta degli abbonati del N. 44 del *Policlinico* è stata pubblicata una risposta a domanda analoga alla sua; in essa troverà quel che desidera sapere. Le soluzioni anestetiche si alterano e si infettano se vengono tenute, per essere adoperate, nelle solite boccettine da medicinali; è necessario perciò di prepararle secondo il bisogno, oppure di conservarle in fialette chiuse alla fiamma, contenenti ciascuna la quantità sufficiente per una iniezione (un centimetro cubo).

Al caso suo servirà bene il libro del Prof. Chiavaro, che il *Policlinico* dette come premio ai suoi abbonati nel 1907, dal titolo *Elementi di odontoiatria e di protesi mascellare e facciale*, di cui ora c'è la seconda edizione in vendita presso E. Rampichini - Via Nazionale, 40 - Roma. A. C.

VARIA

La sensazione della fame. — La fame è stata considerata sia come una sensazione generale, che ha sede in tutti i tessuti, sia come effetto di una causa periferica locale, che ha sede nello stomaco.

Nella prima ipotesi, la scomparsa di alcune sostanze dal sangue si ripercuoterebbe sulle cellule nervose e così la sensazione di fame farebbe la sua apparizione. Con questa maniera di vedere è difficile comprendere perchè la fame imperiosa al principio del digiuno, sparisca in seguito completamente. D'altra parte, non è affatto provato che la composizione sanguigna sia modificata quando si fa sentire la fame. Durante la febbre, allorchè i materiali del corpo si distruggono più rapidamente che d'ordinario, la fame dovrebbe essere imperiosa; ma questo non avviene: al contrario. La rapida disparizione di essa subito dopo il pasto, prima che abbiano potuto incominciare la digestione e l'assorbimento, il fatto che essa diminuisce dopo l'introduzione di corpi non digeribili nello stomaco, scuotono la teoria che la fame risulti direttamente dalla mancanza di nutrimento nell'insieme del corpo. Inoltre essa è una sensazione intermittente o per lo meno di una intensità che presenta dei massimi e dei minimi: questa periodicità va contro l'idea che la fame abbia una causa generale nell'organismo.

Nella seconda ipotesi, si possono subito eliminare un certo numero di possibilità. Prima di tutto la fame non è dovuta alla vacuità dello stomaco, poichè essa non appare che molto tempo dopo un lavaggio gastrico. Ed essa non dipende nemmeno dall'acido cloridrico che potrebbe essere secreto dallo stomaco, poichè il liquido gastrico dei soggetti a digiuno è presso a poco neutro. E non si può spiegare meglio colla turgidità delle glandole gastriche durante il digiuno.

Diversi lavori hanno dimostrato che lo stomaco poteva essere la sede, nell'animale a digiuno, di contrazioni vigorose. Boldireff ha dimostrato che tutto il tubo gastro-intestinale presentava così un'attività periodica e che, in capo a parecchi giorni di digiuno, le contrazioni divenivano sempre più rare.

È facile dimostrare che queste contrazioni e la sensazione di fame sono due fenomeni concomitanti. Un medico ha introdotto nel suo stomaco una sonda elastica collegata con un manometro; egli indica con un segnale i momenti in cui la fame è particolarmente imperiosa: questi momenti coincidono con delle violente contrazioni dello stomaco (tali contrazioni sono registrate senza che siano viste dal soggetto, per evitare una perturbazione di ordine psicologico). Le contrazioni in questione non sono localizzate nello stomaco, ma si producono anche nelle regioni inferiori dell'esofago. Se esse sono effettivamente la causa della sensazione della fame, si spiega il carattere periodico di quest'ultima, come la sua disparizione nel digiuno prolungato, o nel caso di una troppo grande stanchezza, che, come lo ha dimostrato il Boldireff, abolisce l'attività dello stomaco. Tuttavia se le esperienze degli autori rivelano chiaramente la concomitanza delle contrazioni e della sensazione di fame, non sembra che esse permettano di stabilire fra i due fenomeni una relazione da causa ad effetto. (*The Journal of Physiology*, 1913).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. CORNELIUS. **Die Nervenpunktlehre.** Leipzig, Georg Thieme, 1913. Mk. 7.

Il concetto sostenuto dal Cornelius in questo secondo volume, che è indipendente dal primo, è che in tutte le affezioni nervose la periferia presenta una serie di punti tipici che colla semplice pressione provocano gli stessi disturbi che accusano i malati. Una cura puramente psicoterapica è spessissimo inefficace e così una terapia interna: invece con un massaggio fatto con opportuna tecnica si riesce a vincere quasi sempre il disturbo.

Il libro del Cornelius, scritto con competenza neurologica non comune, merita di esser letto da ogni medico, giacchè per quanto le idee originalissime dell'autore abbian destato vivaci polemiche, i suoi risultati terapeutici (dovuti alla suggestione o no) certo sono molto brillanti.

P. A.

H. MARCUSE. **Energetische Theorie der Psychosen und der abnormen Bewusstseinszustände.** August Hirschwald. Berlin, 1913. Mk. 3.60

Il lavoro del Marcuse si può considerare un tentativo di raccogliere in una teoria psicologica tutte le malattie mentali.

Le teorie finora esistenti sono insufficienti giacchè hanno il torto di essere basate su fatti clinici, vale a dire su quadri morbosi spessa non ben definiti o su criteri anatomici ed etiologici. L'A. basa le sue teorie sul sistema psicologico dello Iodl, e dopo averne esposto chiaramente i principî, viene a considerare le alterazioni psichiche nelle diverse affezioni mentali riassumendone infine i rapporti.

La monografia è scritta con chiarezza e si legge con interesse perchè serve ad orientare nel labirinto della psicologia patologica i medici non specialisti.

P. A.

GÉZA von HOFFMANN. **Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika.** 1 vol. in-16 di pag. 237. München. J. F. Lehmanns Verlag, 1913. M. 4; rilegato M. 5.

Nell'epoca odierna di attività medico sociale questa pubblicazione assume un valore notevole, poichè dimostra come l'America progredisca in tale campo.

L'A., che è vice console dell'Austria negli Stati Uniti, si occupa in un capitolo introduttivo dell'eredità, con speciale riguardo al mendelismo; espone poi le vedute che hanno corso negli Stati Uniti sul miglioramento della nostra specie ed i mezzi con cui si esplicano: propaganda popolare, istituti scientifici, legislazione; tratta a lungo della regolazione del matrimonio, della sterilizzazione, dei deficienti fisici e psichici: idioti, delinquenti, parassiti, anomali sessuali; da ultimo prende in esame il fenomeno della immigrazione e le norme per disciplinarlo.

Sapevamo già come le vedute degli americani fossero avanzate in questi campi; ma rimaniamo sorpresi dall'apprendere in quanti Stati la legislazione relativa abbia già pieno vigore.

Il lavoro è basato su di uno studio profondo della letteratura.

L. V.

V. GARDETTE. **Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1913.** 1 vol. in-18 di pag. 400. 7ª ediz. Paris, Librairie J. B. Baillière et Fils. Rilegato frs. 3.

La terapia odierna è invasa da una colluvie di specialità. La maggior parte sono certo superflue o dannose, ma alcune riescono utili e s'impongono stabilmente.

Il dott. Gardette ha voluto dare sulle specialità le indicazioni necessarie per prescriverle. Il suo formulario ha carattere nazionalista, poichè si occupa quasi esclusivamente di prodotti francesi. È diviso in tre parti: nella prima le specialità sono elencate per ordine alfabetico: ivi dovranno ricercarsi la composizione e la dose; la seconda riporta per ordine alfabetico i nomi dei fabbricanti; la terza è quasi inutile, poichè riprende le specialità in ordine alfabetico, indicando per ciascuna il nome della casa produttrice.

B. R.

A. WIDE. **Manuel de Gymnastique Médicale et Orthopédie suédoise.** 1 vol. in-8 di pag. 311, con 100 incis. Paris, Librairie Félix Alcan, 1913. Frs. 10.

Ling, Zander, Brandt hanno creato dei metodi, una tradizione e una scuola. Il prof. Wide ha raccolto in questa opera i loro insegnamenti e ha rispecchiato i progressi ulteriori della ginnastica medica e della meccanoterapia nella Svezia.

Il lavoro ha ottenuto un successo straordinario. È stato tradotto in tedesco, inglese e francese e sono in corso le traduzioni in italiano, russo e spagnuolo.

Questa è la seconda edizione francese, rimaneggiata e migliorata dall'A., che ne ha soppresso molta parte della patologia, del tutto superflua per il pubblico medico e fuori posto per i ginnasti; ha sviluppato invece le questioni di tecnica.

y.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'XI Congresso dell'Associazione Nazionale dei medici condotti a Parma.

Dolenti di doverlo fare in ritardo a causa dei resoconti di molti Congressi radunatisi nell'autunno in Italia, riassumiamo i più importanti argomenti trattati nell'XI Congresso Nazionale dei medici condotti tenutosi a Parma dal 25 al 28 settembre u. s.

Gli intervenuti furono circa 400, numero veramente notevole; l'inaugurazione ebbe luogo nell'aula magna dell'Università alla presenza delle autorità locali, del rettore e di molti professori dell'Università. Alla presidenza sedevano il dottor Carlo Tonelli, presidente del Comitato ordinatore del Congresso, i rappresentanti del Governo e del Comune, il medico provinciale e il dott. U. Brunelli, presidente dell'Associazione Nazionale. Parlarono il dott. Tonelli stesso, il dott. Fochi, assessore per l'igiene, il dott. Oliari, medico provinciale, il comm. Lusignani, presidente della Deputazione provinciale, il dott. Conti, presidente della sezione parmense dell'Unione Veterinaria italiana, il dott. Malusardi, presidente delle sezioni romane dell'A. N. M. C., il prof. Soglia, presidente dell'Unione magistrale, ed infine con la solita parola calda e convinta il dott. Brunelli, al quale i congressisti fecero una calorosa accoglienza. Del discorso Brunelli ci è caro ripubblicare l'ultima parte che sintetizza il programma della classe medica per la risoluzione del problema dell'assistenza sanitaria.

« La questione dell'assistenza sanitaria che le pubbliche Amministrazioni trattarono sempre e solo attraverso la miopia visuale amministrativa e fiscale è diventata una delle più ardenti ed urgenti questioni nazionali. Tutti i più vitali interessi della collettività vi culminano entro e tutte le più profonde radici della vita economica della nazione vi si abbarbicano.

« S'impone dunque una soluzione di questa crisi e la soluzione radicale e razionale è quella da noi agitata, quella che attraverso a un immediato miglioramento del servizio di condotta coll'intervento integrativo del Governo e conseguentemente delle sorti dei medici che renda meno illusoria l'attuale opera loro di fattorini della medicina, sbocchi in una più larga diffusione degli ospedali e culmini nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, diffusione degli ospedali che s'impone come il mezzo migliore non solo per assicurare ai malati la cura in ambienti provvisti di tutto il *comfort* necessario ma per prevenire le malattie, giacchè colla più larga ospedalizzazione si ottiene il più largo e razionale isolamento dei malati e la più larga e razionale educazione igienica, poichè chi sarà stato a curarsi in ospedale ne uscirà non solo più presto guarito ma meglio educato a preservare sè e la sua famiglia dalle malattie, più larga ed efficace assistenza ospedaliera che si potrà ottenere mercè quel concentramento e quella trasformazione delle Opere pie che s'impone specialmente in Italia dove una gran parte del patrimonio della beneficenza va sperduto in spese di burocrazia e in iscopi omai sorpassati dallo spirito e dai bisogni del tempo, e mercè quella assicurazione obbligatoria contro le malattie che già forma patrimonio sociale di altre nazioni e che risolverà automaticamente i problemi più gravi della nostra assistenza sanitaria.

« Le Casse di malattia verseranno direttamente agli ospedali le diarie per le degenze degli assicurati. Ecco così sgravati i Comuni del gravissimo onere della spedalità, reso possibile il riordinamento dei bilanci ospedalieri, e l'abolizione del fiscalismo del domicilio di soccorso. I versamenti degli assicurati, sommandosi, andranno in parte a rinsanguare gli esausti patrimoni degli Istituti ospedalieri, in parte a fondare nuovi ospedali, case di salute, sanatori, ospizi, ecc. La lotta contro la tubercolosi e le altre malattie diffusive troverà solo in questa riforma il suo alimento naturale e vigoroso. Questa cooperazione di tutti, che permette la realizzazione di così grandi propositi ha in sè, come ben scriveva un valoroso collega, un alto significato di disciplina sociale, e porta nel suo grembo i germi di un rinnovamento morale che nessuna predicazione evangelica sarà mai capace di suscitare. Noi cancelliamo dalle nostre leggi la parola beneficenza, e vi scriviamo: dovere sociale.

« Mai democrazia politica o sociale potrebbe cercare programma più sincero e fecondo di liberazione umana.

« L'opera di propaganda da noi progettata ed intrapresa con sì largo consenso di autorità politiche ed amministrative si propone appunto di far penetrare nella coscienza pubblica queste verità elementari. Noi abbiamo fede nella loro limpida forza, e nella affinità che esse hanno coi bisogni più imperiosi dello spirito umano. Ma per farle trionfare noi batteremo alle porte dei poteri centrali; delle Opere pie, delle Provincie, dei Comuni e delle Università, di tutte queste istituzioni, che sono le più interessate al trionfo del nostro programma. La vigilanza e l'assistenza sanitaria vi troveranno l'unica loro salute; il Go-

verno il compimento del primo dei suoi doveri; le Provincie, le Opere pie, i Comuni la possibilità di un respiro più largo ai loro vincolati bilanci; le Università il modo di arricchire i mezzi di lavoro e di indagine; è giusto quindi che essi non neghino il loro aiuto morale e materiale alla civile iniziativa. Ed è questo che anche oggi noi chiediamo a voi signori, che appunto per questo volemmo oggi intorno a noi. Se noi riusciremo a creare nel Paese quelle forze di propulsione politica che l'occasione della prossima lotta elettorale ci mette a portata di mano, se riusciremo a far convergere in unico senso le volontà dei potenti organismi sociali che sono direttamente interessati nella questione, se noi nel libro, nel giornale, nel comizio, dalla tribuna parlamentare faremo senza tregua risuonare la nostra voce, noi avremo vinto e sarà vittoria altissima perchè come già ebbi parecchi anni in questa stessa aula ad affermare non sarà vittoria d'una classe e d'un interesse particolare ma sibbene d'un universale interesse perchè avrà trionfato il principio che la vita e la salute individuale sono gli elementi primordiali della grandezza delle nazioni e della ricchezza della società ».

Dopo la verifica dei poteri, dalla quale risultarono presenti 72 sezioni, delle quali con diritto a voto 55 con 110 deleghe complessive, il presidente Brunelli espose la relazione morale dell'Associazione per il 1913.

Riportiamo da questa due punti di particolare importanza che mettono in luce fatti che testimoniano dell'autorità e della forza dell'Associazione:

« Per la prima volta si è costituito a risolvere una vertenza insorta fra un medico e un comune del circondario di Chiavari un arbitrato vero e proprio a seconda delle disposizioni dei nostri codici, arbitrato composto della mia persona, di quella del sindaco di Chiavari, e di quella dell'illustre giureconsulto prof. Lessona, e che emise una sentenza avente valore di giudizio uguale a quello del magistrato ordinario innanzi al quale era stato prima portata la controversia.

« L'altro fatto è la presenza di un nostro rappresentante al Consiglio superiore di sanità, presenza che costituisce non solo la prova più patente della forza della nostra organizzazione ma costituisce anche un ottimo posto di combattimento per orientare la nostra giurisprudenza a più liberali interpretazioni delle leggi e dei regolamenti che disciplinano il nostro esercizio professionale. Non c'è pratica cui sia chiamato il C. S., a trattare che non possa dar luogo alla più larga e proficua discussione dei nostri problemi e a questa larga e proficua discussione noi, rappresentanti degli Ordini, abbiamo condotto il C. S. che, dobbiamo riconoscerlo, ha accolto la nostra entrata e la nostra attività colla più deferente attenzione, come altrettanta deferenza abbiamo riscontrata nel Direttore generale della Sanità. Certo l'ambiente non è facile alla conquista delle nostre rivendicazioni: troppo esso è impregnato di tradizioni conservatrici, frutto del sistema di sua composizione. Ma se le nuove voci manterranno là dentro il tono che noi in omaggio al nostro mandato e alla nostra provenienza vi abbiamo portato: se dal di fuori noi continueremo nell'agitazione incominciata perchè questi vecchi organismi sieno rinnovati col dare più larga e diretta rappresentanza alle questioni igienico-sanitarie vive e dolorose, a ben maggiori e più radicali conquiste, con minor dispendio di energie, noi giungeremo ».

Nella discussione che seguì **Grandoni** rilevò che i medici condotti non hanno ottenuto nulla in fatto di garanzie legali, contrariamente a quanto è accaduto per i maestri e i segretari comunali; ed affermò che la protezione e difesa legale è più necessaria per i medici del mezzogiorno.

Vacino censurò alcuni giudicati del C. S. di sanità in materia di provvedimenti disciplinari presi dagli Ordini: in merito alla propaganda igienica invitò i colleghi a non lasciarsi burocratizzare.

Ceramicola fece opportune osservazioni sugli elenchi dei poveri, e **Guastalla** si associò notando che coll'elenco dei poveri si può simulare una condotta residenziale là dove in realtà è piena.

I dottori **Billi**, **Bussi** e **Biscioni** presentarono il seguente ordine del giorno che fu approvato all'unanimità:

« Il Congresso, udita la relazione morale fatta dal presidente generale, l'approva e passa all'ordine del giorno ».

Si venne poi al resoconto finanziario del 1913, con la lettura della relazione dei revisori dei conti, che dette luogo ad un vivace dibattito, il quale si chiuse con l'approvazione del seguente ordine del giorno dei dott. **Bussi** e **Balloni**:

« L'assemblea, udita la relazione dei revisori, prende atto delle dichiarazioni della Presidenza Centrale, approva il consuntivo 1912, e passa all'ordine del giorno ».

Del pari fu approvato il bilancio preventivo 1913.

Nella seconda seduta, si svolse un'interessantissima discussione che si prolungò anche nella terza, e che fu quella che per così dire dette la nota caratteristica al Congresso di Parma. Essendo impossibile riferirla per esteso, ci limiteremo a brevi cenni.

Provvedimenti per la Cassa di resistenza.

Vacino rileva che pochissimi pagano la quota per la Cassa di resistenza, e ritiene che ciò sia perchè essa è troppo elevata. Propone che lo statuto sia modificato riducendo la quota da 100 lire a 20 da pagarsi in due annualità.

Fatichi si associa a Vacino; riferisce che secondo una sua inchiesta su 79 sezioni e 4880 soci, soli 1262 hanno pagato una o due quote e 295 le intere 100 lire; due terzi dei soci non pagano e perciò finiranno con l'andarsene.

Percaccini riferisce altre cifre sulla morosità per la Cassa di resistenza.

Omodei propone che la Cassa di resistenza diventi facoltativa.

Grandoni chiede un *referendum* fra i soci.

Ceramicola appoggia la riduzione a 20 lire.

Dopo altri oratori favorevoli alla riduzione, **Giannini** difende l'importanza e la necessità della Cassa di resistenza, dicendo che la resistenza non obbligatoria diventa beneficenza.

Arsuffi a nome delle sezioni di Milano e di Mantova presenta un ordine del giorno favorevole al mantenimento della quota di 100 lire.

Bussi invita il Congresso a votare la Cassa di resistenza, per la imminenza di grandi lotte: ritiene questa una questione di vita o di morte per l'Associazione.

Pirri si associa al pensiero di Bussi.

Dalprato propone una Commissione per studiare la questione.

Omodei domanda che si voti prima il mantenimento della Cassa di resistenza e poi si stabilisca la quota.

Dopo repliche di **Fatichi** e **Vacino**, si annunziano i seguenti ordini del giorno:

« L'undecimo Congresso dell'A. N. M. C.;

« considerato che la nostra Associazione è una organizzazione di resistenza vera e propria;

« considerato che la resistenza d'oggi è la previdenza di domani;

« ritenuto che sarebbe soverchiamente ingenuo disarmare mentre da parte dei Comuni la reazione infierisce con forme sempre nuove di resistenza e fra la classe aumenta il crumiraggio;

« conferma nel modo più assoluto il deliberato del Congresso di Perugia;

« fa voti che tutte le Sezioni sentano il dovere di obbedire;

« ed invita la Presidenza ad applicare rigorosamente lo statuto ed il regolamento.

Arsuffi ».

« Il Congresso, riaffermata la necessità della Cassa di resistenza;

« considerate le condizioni attuali della Cassa stessa in rapporto alla compagine sociale ed i pericoli che ne deriverebbero;

« ritenendo che lo stato attuale della Cassa sia sufficiente a far fronte alle necessità del momento ed a quelle attualmente prevedibili;

« delibera di esigere da ogni socio il contributo di lire 20 e sospendere la riscossione delle altre quote finchè la necessità di lotta non richiami all'applicazione del deliberato di Perugia.

Vacino, Fatichi, Ebhardt ».

Messo ai voti l'ordine del giorno **Arsuffi** è respinto con 82 *no*, 47 *sì*, 2 astenuti; quindi l'ordine del giorno **Vacino** è invece approvato con 82 voti, 43 contrari e 2 astenuti.

Dopo tale votazione **Brunelli** presenta la seguente proposta che è approvata all'unanimità:

« Le domande del ritorno dei versamenti fatti in più delle lire 20 dovranno essere inviate a mezzo delle Presidenze sezionali entro tre mesi, lasciando libertà ai soci di disporre come meglio vorranno delle loro somme, e la Cassa centrale liquiderà entro 12 mesi ».

Svoltasi altra vivace discussione sopra riforme dello statuto nella parte riguardante la rieleggibilità dei membri della Presidenza, il Congresso approvò il seguente ordine del giorno **Fatichi**:

« Il Congresso in attesa di ulteriori modificazioni più radicali e meglio rispondenti alle necessità dell'Associazione delibera:

« 1° che il Consiglio sia composto di soci ordinari dell'Associazione;

« 2° che ogni due anni la metà dei membri del Consiglio si rinnovi e non possano gli uscenti essere rieletti che dopo due anni;

3° che il presidente sia rieleggibile ».

Sul tema della *Previdenza e delle forme più adatte per l'Associazione* fu approvato il seguente ordine del giorno **Brunelli**:

« Il Congresso plaudendo alla bella relazione del dott. Della Valle e tenendo conto della discussione, demanda l'esame delle varie proposte ad una Commissione che al prossimo Congresso porti conclusioni concrete al proposito, e delibera fin d'ora che riaffermando il dovere, da parte del Governo, di migliorare il nostro trattamento di pensione, circa l'aumento del nostro contributo alla Cassa pensioni debbansi, prima di qualsiasi concreta proposta, interrogare le sezioni ».

Sul tema del *Potere giurisdizionale sui medici condotti* fu approvato il seguente ordine del giorno **Cingolani**:

« L'XI Congresso medici condotti;

« Riaffermando i voti espressi in tutti i precedenti Congressi dal 1905 ad oggi. contro la giurisprudenza amministrativa, che insiste sempre nell'ammettere il doppio potere giurisdizionale (dei Consigli comunali e dei Consigli sanitari) nonostante la riconosciuta incompetenza, inidoneità

e abusi della giurisdizione comunale, la quale fu annullata di diritto dalla lettera e dallo spirito dell'articolo 9 legge sanitaria del 1888;

« ricordando i memoriali presentati in proposito dall'Associazione al ministro dell'interno nel 1908, 1910 e nel corrente anno, le assicurazioni fatte dallo stesso ministro alla Camera e in pubblicazioni ufficiali, e il parere emesso in argomento dall'adunanza generale del 29 marzo 1906 dal Consiglio di Stato;

« tenendo presenti i recenti regolamenti che disciplinano i poteri giurisdizionali per i maestri elementari e gl'impiegati amministrativi, ai quali tutti è stata concessa la rappresentanza di classe nei Consigli di disciplina, creandosi così un regime di eccezione e di rigore per i soli medici e veterinari condotti;

« delibera di promuovere la più intensa agitazione di classe con comizi e con l'azione elettorale e parlamentare, perchè sia finalmente approvata dal Parlamento una legge per l'interpretazione autentica dell'articolo 9 della legge sanitaria nel senso desiderato dai medici e ripetutamente manifestato dallo stesso potere esecutivo ».

Nella quarta seduta, dopo una discussione sugli ufficiali sanitari, si accese altro vivo dibattito intorno alle *agitazioni di classe* specie per quanto concerne la lotta contro la condotta piena, cui presero parte **Fatichi**, **Malusardi**, **Prunas**, **Percaccini**, finendosi con l'approvare il seguente ordine del giorno **Brunelli**:

« Il Congresso in fatto di conflitti sul sistema di condotta, affermando il dovere da parte delle autorità tutorie di rispettare le disposizioni di legge avvalorate dalle dichiarazioni del Ministero dell'interno e dalle comunicazioni della Direzione della sanità, delibera di sottrarre le risoluzioni di detti conflitti all'istituto arbitrale per affidarlo in accordo cogli Ordini medici e le altre Associazioni mediche esclusivamente ai mezzi dell'azione diretta e di non pubblicare nel Bollettino quei concorsi a cura piena che non sieno stati riconosciuti dalle competenti Sezioni inclusi nelle eccezioni di cui alla legge ».

In seguito a iniziativa di **Ceramicola** e **Arsuffi**, il Congresso demandò alla Presidenza di occuparsi della *propaganda fra gli studenti di medicina* dei postulati dell'Associazione.

Circa gli *interinati e le supplenze* il dott. **Brunelli** ribadì il suo giustissimo concetto che i servizi cosidetti a scavalco sono la spinta principale ai crumiraggi.

Fu poi approvato il seguente o. d. g. **Brunelli**:

« Il Congresso delibera che in fatto di certificati e cure per gli infortuni sul lavoro sia impedito a medici ed Amministrazioni di fare contratti *a forfait* indecorosi ».

Venuti a discutere dei *rapporti fra gli Ordini e l'Associazione*, **Ronconi** citando una serie di imperfezioni dell'opera degli Ordini secondo la recente legge, propose le dimissioni di tutti i medici condotti che fanno parte dei Consigli degli Ordini.

Brunelli, **Guastalla**, **Pirri** parlarono contro la proposta Ronconi, e il Congresso terminò approvando il seguente ordine del giorno **Brunelli**:

« Il Congresso, pur riconoscendo le manchevolezze e le incongruenze della legge sugli Ordini, ribadisce il proposito di conquistare i Consigli degli Ordini per agitarne il miglioramento avvenire e per giovarsene intanto a trarne i migliori possibili vantaggi a conforto dell'azione della classe ».

Sull'argomento dell'*azione elettorale* (che al momento del Congresso di Parma era nel suo periodo di massima acuzie) il dott. **Grandoni** propose il seguente ordine del giorno:

« L'XI Congresso Naz. M. C.,

« vista la necessità di una rappresentanza di categoria nel Parlamento, acciocchè l'importanza del grande problema igienico-sanitario vi sia prospettata da chi, vivendo in continuo contatto con la massa delle popolazioni, è in grado di apprezzarne i bisogni e le esigenze,

« riservandosi di deliberare per le successive elezioni generali un contributo apposito di tutti i soci per formare un fondo speciale destinato a sostenere le candidature di categoria,

« delibera di affermarsi nelle elezioni attuali sulle candidature dei medici condotti, invitando le Sezioni a contribuire alla lotta elettorale pro candidature dei medici condotti con una somma, quale è stata chiesta dalla Sezione di Valdinievole ».

Dopo viva discussione **Brunelli** prese la parola per dichiarare che l'Associazione deve avere un orientamento politico conforme alle vecchie direttive, si associò perciò all'ordine del giorno del dott. Grandoni, cui propose sia aggiunto per primo comma la frase « *riaffermando il precedente programma d'orientamento politico* » e pose su questa aggiunta la questione di fiducia, non intendendo l'attuale Consiglio direttivo restare al suo posto se tale emendamento venisse respinto.

L'ordine del giorno Grandoni con l'emendamento Brunelli fu approvato all'unanimità meno uno fra grandi acclamazioni.

Sull'argomento del *programma di propaganda igienico-sociale* parlò il dott. **Ranelletti**; dopo aver distribuito il programma igienico-sociale dell'Associazione raccolto in volume, lo illustrò brevemente nelle sue tre parti: *a*) propaganda igienica per la lotta contro le malattie di carattere sociale; *b*) propaganda in favore della previdenza;

c) statistica nazionale della morbilità e mortalità delle classi lavoratrici, per la quale risponde a Vacino non esser vero quello che gli fu riferito, trattandosi solo delle malattie professionali elencate dietro la scheda. Ricordò che tale programma ha riscosso le più vive approvazioni dal Governo che ha promesso il suo valido appoggio e ricompense finanziarie. Citò le adesioni dell'on Giolitti, dell'on. Falcioni, dell'on. Credaro, del comm. Corradini, del prof. Ascoli, dell'on. Rigola per la Confederazione del lavoro e di altre personalità. Terminò con l'augurio che la Nazione intera finisca col riconoscere le benemerenze dell'Associazione.

Maffi parlò lungamente per incitare i medici condotti ad una lotta attiva e persistente contro la tubercolosi. Accennò a ciò che si è fatto all'estero per rendere manifeste le deficienze dell'Italia, specialmente nelle campagne.

Brunelli a nome dell'Associazione si congratulò vivamente col Maffi per la sua bella e dotta relazione.

Terminati così gli argomenti all'ordine del giorno, il Congresso dopo breve dibattito scelse Ancona a sede del XII Congresso nazionale.

In occasione del Congresso di Parma ebbero luogo dei festeggiamenti, offerti agli intervenuti con cordiale signorilità.

Riuscitissima la serata in onore dei Congressisti ai giardini dell'Esposizione, il ricevimento dato dal Comune e dalla Provincia nel ridotto del teatro Regio, la gita a Busseto salutata da un bel discorso di quel Sindaco cui rispose a nome dei congressisti il vice-presidente Ranelletti, e la visita agli stabilimenti termali di Salsomaggiore coronata da un banchetto nel quale parlarono il prof. Gardenghi, pel Municipio di Salsomaggiore, il prof. Cattaneo, il dott. Branchini, l'on. Brunelli e con parola affascinante l'on. Berenini.

C.

Cronaca del movimento professionale.

Sull'assegno di riposo ai medici condotti. — L'Ordine dei Medici della provincia di Benevento, considerando che l'attuale assegno di riposo concesso ai medici condotti non risponde alle esigenze dei tempi attuali, nè facilita il rinsanguamento della condotta con elemento giovane;

fa voti al Governo del Re perchè, accogliendo i desiderata della classe dei medici condotti, esso sia migliorato in misura da non essere inferiore a lire 1500 dopo venticinque anni di servizio e a lire 2000 dopo trenta. E perciò

invita gli Ordini dei medici del Regno a votare e far votare dalle locali Sezioni dei medici condotti e dai Consigli provinciali sanitari analogo ordine del giorno e a sollecitarne l'appogggio presso i singoli senatori e deputati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4120). *Aumento di ufficio dello stipendio del medico stabile.* — Il dott. abbonato n. 1738 espone che il Consiglio Comunale, interpellato in merito di un aumento di stipendio da lui chiesto di ufficio alla G. P. A. abbia rimandato la discussione della relativa domanda all'epoca della formazione del bilancio 1914. Chiede conoscere se il parere del Consiglio Comunale sia in materia obbligatoriamente richiesto e se contro la decisione della Giunta amministrativa il medico possa ricorrere ed a chi.

Secondo il disposto dell'articolo 26 della legge, l'avviso del Consiglio Comunale è obbligatorio quando trattasi di aumento di stipendio da disporsi di ufficio dalla G. P. A. Il Consiglio Comunale può dire un sì od un no, ma deve, in ogni caso. pronunciarsi. In caso di ulteriore oscitanza potrebbe rendersi opportuno l'intervento del Prefetto, perchè si tratterebbe da parte del Consiglio Comunale di rifiuto a compiere operazioni fatte obbligatorie dalla legge. La decisione della 4ª sezione del Consiglio di Stato da Lei citata è fondata pienamente in diritto, sia perchè consona al disposto del precitato articolo 26 della legge, sia perchè effettivamente la Giunta deve accordare l'aumento di assegno nel solo caso che esso possa influire sul migliore e più regolare andamento del servizio sanitario. È bene poi tener presente che l'aumento di ufficio dello stipendio può aver luogo sol quando fatti nuovi e posteriori alla nomina, rendano necessario nell'interesse del servizio un tale miglioramento, giacchè nel caso inverso il medico che ha preso parte al concorso con piena consapevolezza delle condizioni economiche e di servizio inerenti, non potrebbe dolersi della sua posizione e chiedere postumi miglioramenti. Contro la decisione della G. P. A. è dato solo ai Comuni di ricorrere al Consiglio Superiore di Sanità. I medici interessati possono ricorrere, come contro un provvedimento definitivo, o alla 4ª sezione del Consiglio di Stato od al Re in linea straordinaria e solo per eccesso di potere, violazione di legge od incompetenza.

(4122). *Ufficiale sanitario — Medico pensionato.* — Il dott. abbonato n. 6914 chiede conoscere se essendo pensionato possa accettare l'ufficio di ufficiale sanitario in altro Comune appartenente ad altra provincia.

Crediamo che non vi sia alcuna difficoltà a fare quanto Ella propone. In quanto alla pensione potrà avvalersi del disposto dello art. 29 del testo unico approvato con Regio decreto 2 gennaio 1913, numero 453, e cioè rimanere iscritto alla Cassa rifondendo la pensione già ricevuta.

(4123). *Pensioni.* — Al dott. G. R. da S. G. I. B. che ci interpella su tale argomento, rispondiamo che per riscattare quindici anni di servizio occorre pagare in un decennio, oltre i contributi ordinarii, una somma che si aggira fra le 5 o 6 mila lire. Occorrerà rimanere iscritto alla Cassa per un decennio almeno, in fine del quale si liquiderà annue lire 922. Per ottenere la pensione di lire 3000 dovrà raggiungere i 35 anni di servizio ed i 67 di età.

(4125). *Ufficiale sanitario.* — Il dott. abbonato n. 7756 desidera conoscere se in un paese di 3400 anime si possa nominare l'ufficiale sanitario indipendente dal medico condotto, se la nomina deve essere fatta per concorso, se questo è per titoli o per esami e quale stipendio è annesso alla carica.

Nulla si oppone a che in un paese di 3400 abitanti si proceda alla nomina dell'ufficiale sanitario indipendente dal medico condotto. La nomina dell'ufficiale sanitario deve avvenire in seguito a concorso per titoli ed esame. Lo stipendio dell'ufficiale sanitario non è stabilito da legge o da regolamento. Esso è determinato dalle singole Amministrazioni municipali.

(4126). *Cura ostetrica.* — Il dott. abbonato 1275 che da qualche anno presta, in assenza della levatrice, il servizio di assistenza ai parti delle persone povere chiede conoscere se possa pretendere compenso per l'assistenza prestata ad altri colleghi che dovettero compiere una operazione chirurgica su di una primipara appartenente a famiglia agiata.

Non può pretendere compenso perchè non trattasi di semplice assistenza a parto ma di assistenza puramente tecnica ad intervento operativo.

Avrebbe pur dovuto prestare la detta assistenza se non avesse avuto l'incarico di supplire la levatrice, essendo medico condotto a tutta cura. Doctor JUSTITIA.

Nomine, promozioni e onorificenze.

BOLOGNA. — Il dott. Tullio Pietro è nominato assistente in fisiologia.

MODENA. — Il dott. Anselmi Giuseppe è nominato aiuto in clinica oculistica.

NAPOLI. — Il dott. Cicconardi Giuseppe è abilitato alla libera docenza in patologia generale.

PADOVA. — Il dott. Ferrari Giovanni è nominato assistente in clinica oculistica.

ROMA. — Il dott. Marras Francesco Maria è abilitato alla libera docenza in igiene.

TORINO. — Sono nominati i dottori: Foà Carlo aiuto in fisiologia; Coppola Alfredo assistente alla clinica delle malattie mentali e nervose.

Condotte e Concorsi.

AMATRICE (Aquila). — Due condotte a cura piena. Per Amatrice e frazioni annesse lire 2590 poveri, lire 400 abb., lire 1000 direzione dell'Ospedale Umberto I, lire 600 cav. Per una zona da stabilirsi lire 2500 poveri, lire 600 abb., lire 600 cav. All'uff. san. lire 250. Età limite 45 anni se il concorrente trovasi in servizio; 35 se non lo è. Chiedere annunzio. Scad. un mese dal 10 nov.

ANDRIA (*Bari*). — Vedi annunzio dettagliato sulla prima pagina della copertina.

ALESSANDRIA. — Due condotte: L. 1500 pei poveri; aumenti quinquennali fino a L. 1950; L. 100 per supplenza. Scad. 30 nov. Servizio entro 15 giorni. Ab. 1600 e 4000; fam. povere circa 40 e 86.

ATTIMIS (*Udine*). — L. 3500 pei poveri, tre sessenni. Scade 20 novembre. Il capoluogo unito alle frazioni con strade carrozzabili. Documenti di data non anteriore ai 6 mesi. Assunzione del servizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina.

CAPOTERRA (*Cagliari*). — Condotto; L. 3000 nette e L. 200 per l'a. f. Scad. 30 novembre.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Condotti pel capoluogo e le fraz. Monticello e Sasso d'Ombrone, per la generalità; L. 4000 per ciascuna delle fraz., L. 3800 pel capoluogo. Scad. 12 dicembre.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dicembre.

FICULLE (*Perugia*). — Ab. 3186. Concorso ad una delle due condotte comprimarie; lorde (in corso di approvazione) L. 4100, senza obbligo di caval. Riposo quindicinale. Scad. 20 nov. Autorizzazione ad accettare eventuale nomina Medico di sezione delle ferrovie. Richiedere avviso al Municipio.

GIAVENO (*Torino*). — Una delle tre condotte: pei poveri L. 550; servizio necroscopico L. 425; vaccinazioni pubbliche L. 175. Scad. 27 novembre.

LORETO (*Ospedale del P. Istituto della S. Casa*). — Cercasi possibilmente per il primo prossimo dicembre assistente medico-chirurgo. Stipendio L. 200 mensili lorde r. m. Camera, caffè al mattino, termosifone, luce elettrica. Rivolgersi al direttore.

MERGO (*Ancona*). — L. 3000 pei poveri, L. 500 pei semi-abbienti, L. 500 indennità varie. Scade 19 novembre.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Concorso per la condotta pel Castello di Querceto e Sassa. L. 3450, lorde, compreso cavalcatura. Scad. 30 nov.

MONTECCHIO PRECALCINO (*Vicenza*). — Medico; L. 3000, L. 500 per obbl cavalc., L. 150 quale U. S., ed altri incerti in circa L. 200. Scad. 30 nov.

MONTE URANO (*Ascoli Piceno*). — Proroga del concorso al 15 nov. Restano ferme le altre condizioni tutte.

ORTANOVA (*Foggia*). — Medico di Ordona; L. 1800 lorde per i soli poveri, ab. 1300 riuniti. Scadenza 22 nov.

PALANZO (*Como*). — Medico del Consorzio con Pognano e Lemmo; L. 3250 lorde, aumenti, cura piena, ab. 1689. Scad. 25 novembre.

PERUGIA. *Università Libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PETTINEO (*Messina*). — Condotto; L. 2800 nette, non più di 40 anni, s. eccezioni regolamentari, 2 anni servizio ospedali o condotte. Abitanti 2976. Scadenza 30 novembre.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti.* — Dieci chirurghi aiuti. Vedi fasc. 43. Scadenza ore 16 del 2 dicembre.

SAN SALVATORE TELESINO (*Benevento*). — La *Unione Agraria* cerca medico fiduciario; L. 250 mensili. Dirigere le offerte al presidente.

STELLA (*Genova*). — Medico della fraz. San Martino; L. 3000, aument. per sessenni. Scad. 30 nov.

VAILATE (*Cremona*). — Medico chir. residenziale; L. 3500 al netto di R. M., due sessenni. Ab. 3450 dei quali circa 3100 considerati poveri. Non obbligo mezzo di trasp. Incarico U. S. e direzione ospedale Caimi. Il territorio com. è considerato zona malarica. Assunz. posto entro 15 giorni. Scad. 30 nov.

Giovane medico disposto assumere interinato pel mese di dicembre p. v. Scrivere offerte dettagliate: Fides. Posta restante. Collecorvino (Provincia di Teramo).

Cercasi interino per un Comune dell'Italia centrale. Condotta comoda a km. 100 da Roma sulla Roma-Sulmona. Per condizioni e schiarimenti rivolgersi al dott. Giovanni Di Cola in Loreo (Rovigo).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Ci si comunica: « Prego pubblicare nella rubrica del Giornale che la Sezione veneziana dell'Ass. naz. med. cond. ha diffidato per insufficienza di stipendio la condotta del IV riparto del comune di Mira. (Concorso dal 1° al 30 novembre).
Il vice-presidente: E. Soldà ».

« A nome della Sezione di Montepulciano della Associazione nazionale medici condotti prego la S. V. a voler mettere il concorso alla condotta di Sarteano (Siena) nella rubrica dei concorsi diffidati, essendo stato aperto a cura piena in contrasto colle aspirazioni della classe.
Il segretario: L. Ansuni ».

« La Sezione dei Castelli Romani dell'Associazione Nazionale dei medici condotti, riuscito vano ogni tentativo di vie conciliative col Sindaco del comune di Montecompatri per migliorare le condizioni del servizio sanitario (stipendio lire 3000 lorde, capitolato già respinto dalla Prefettura), previa approvazione della presidenza centrale ha proclamato la diffida di detto Comune, fissando la tariffa per l'interinato in lire *venti* giornaliere.
I colleghi tutti sono invitati a compiere atto di solidarietà al deliberato della Sezione.
Marino. — Per la Sezione dei Castelli romani, il presidente: prof. Giovanni Cocci ».

ROMA. *R. Università.* — È indetto il concorso per titoli a quattro posti di studio della Fondazione Corsi tra laureati della Facoltà di medicina e chirurgia nell'università. Laurea da non oltre un triennio solare a datare dal 10 ottobre 1910, dopo aver frequentato i corsi per un biennio almeno nella Università. L. 100 mensili per otto mesi. Scad. 30 giugno 1914.

TORINO. *Reale Accademia di medicina* (Via Po, n. 18). — E' aperto un concorso al 13° Premio Riberi di L. 20,000 per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere. Scadono i termini col 31 dicembre 1916. Per le condizioni del concorso rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, via Po, 18, Torino. Il segretario generale: V. Oliva.

Il dott. Theodoro Fischer Galati è disposto a tenere un corso gratuito di lezioni di lingua tedesca e francese in rapporto alla medicina.
I colleghi che ne volessero profittare sono pregati di mandare la loro adesione presso la Clinica oto-rino-laringoiatrica del Policlinico Umberto I in Roma.

MEDICINA SOCIALE

Gli Ospedali in Germania.

In Germania vi sono ospedali pubblici e privati, fondati da filantropi o da associazioni religiose.

Gli ospedali pubblici sono sostenuti ed amministrati a spese della città, dei comuni o dei distretti. Lo stato interviene in modo diverso.

In Prussia lo Stato costruisce e mantiene solo le cliniche universitarie, ma non aiuta le autorità locali per l'assistenza ospitaliera; nel Würtemberg invece lo Stato sussidia le amministrazioni civiche nel loro compito dell'assistenza ospitaliera.

Il largo incremento dell'assistenza ospitaliera in Germania è dovuto a cause molteplici: al fenomeno dell'urbanesimo che concentra nella città gli abitanti i quali fra le modeste pareti domestiche, durante la malattia, non possono trovare tutti quei comodi che si possono avere a mezzo della degenza ospitaliera, e alla legge sulle assicurazioni sociali.

Dal 1870 ad oggi il numero degli ospedali in Prussia è andato aumentando da 888 a 2314, ed il numero dei letti da 37,039 a 160,437, cioè il numero dei letti è cresciuto del 300 al 400 per cento, mentre il numero dei pazienti da 211,060 è andato a 1,204,641, cioè è aumentato del 700 per cento.

L'amministrazione comunale è la suprema autorità nel caso si tratti di ospedali civici. In generale l'amministrazione comunale affida la sorveglianza amministrativa ad una deputazione composta di consiglieri e cittadini. La direzione medica è affidata ad un medico direttore il quale in alcuni ospedali è anche responsabile della gestione amministrativa, mentre in altri ospedali ha al suo fianco un incaricato il quale si accupa della parte amministrativa. I medici tedeschi sono fautori però della direzione unica negli ospedali.

La *Leipziger Verband*, l'associazione dei medici pratici che difende gli interessi della classe medica in Germania, ha domandato da tempo che che il medico direttore debba avere ampi poteri sui servizi amministrativi e che in ogni caso l'economo debba essere sempre un impiegato subordinato all'autorità del direttore.

Le spese ospitaliere in Germania sono in continuo aumento, sia per l'aumento dei salari, sia per il rincaro dei generi alimentari, sia per le esigenza della tecnica medica. Si calcola che la spesa dei salari e della tecnica scientifica assorba da un terzo a due quinti dell'intera spesa, sempre escluso, s'intende, il capitale impiegato per la costruzione e per l'arredamento dell'ospedale.

La media delle giornate di degenza per ogni malato, varia fra 100 e 200 giorni di malattia. L'inchiesta fatta su un certo numero di ospedali fa rilevare che il numero dei medici impiegati negli ospedali varia da 5.16 ad 8.12 per 1000 giornate di degenza. — Lo stipendio deidirettori medici varia da un minimo di 3000 lire ad un massimo di 15,000 lire; per alcuni direttori vi è il diritto alla pensione ed alloggio gratuito o ad un indennizzo per quest'ultimo. Lo stipendio degli assistenti varia da 1250 a 2500 lire, più il vitto e l'alloggio gratuito. Gli stipendi dei medici sono aumentati in questi ultimi tempi anzitutto per la scarsezza dei medici, poi per l'azione spiegata dall' organizzazione medica, la *Leipziger Verband*, la quale ha imposto che lo stipendio degli assistenti non deve essere inferiore a L. 1500 all'anno e deve aumentare ogni anno di 350 lire, mantenendo intatto il diritto a vitto e alloggio gratuiti.

I direttori medici possono fare assegnamento su altre retribuzioni straordinarie, come la pratica consultativa e gli onorari per la cura degli abbienti ricoverati negli ospedali pubblici.

Anche per i medici direttori la *Leipziger Verband* ha domandato stipendio fisso proporzionato agli obblighi imposti ed al lavoro ospitaliero, il diritto alla pensione e alla retribuzione personale da parte degli abbienti ricoverati nell'ospedale.

Gli assistenti anch'essi ricevono un tanto per l'assistenza agli abbienti e possono contare sui proventi dei certificati.

I medici pratici tedeschi considerano come ingiusta od inopportuna la cura degli abbienti negli ospedali pubblici, allorchè questi non rimunerano i medici con retribuzioni personali.

Negli ospedali tedeschi vi sono tre classi di pazienti.

I pazienti appartenenti alla prima classe pagano più del costo; i pazienti appartenenti alla seconda classe coprono le spese; i pazienti appartenenti alla terza classe pagano meno del costo.

La diaria medica per i pazienti della prima classe varia da 6 a 12 lire al giorno; quella per i pazienti della seconda classe varia fra le 4 e le 7 lire al giorno; quella per la terza dalle 2 alle 3 lire al giorno.

Le persone non domiciliate nella città devono pagare diarie più elevate. Il diritto all'assistenza ospitaliera in una città si acquista dopo due anni di domicilio nel luogo di soggiorno.

Le spese degli ospedali sono in parte dai sussidi del Comune. Qualche ospedale dispone di lasciti privati ma sono molto pochi gli ospedali che hanno questa fortuna.

Concludendo: Gli ospedali sono frequentati dai malati assicurati o dai malati che sono a carico della pubblica assistenza.

Gli istituti assicuratori mandano a spese loro gli ammalati all'ospedale; questa possibilità però danneggia l'organizzazione dei medici delle casse per malattie, i quali si vedono minacciati nelle loro rivendicazioni economiche per una più equa retribuzione dalla concorrenza che possono esercitare gli ospedali.

I medici delle casse per malattia domandano che nel caso di conflitto i medici ospitalieri facciano causa comune con loro.

Gli ammalati che frequentano gli ospedali a carico dell'assistenza pubblica coprono più della metà delle giornate di degenza annuale.

Il contributo versato dai malati a carico della pubblica assistenza agli ospedali copre circa la metà delle spese generali per la gestione ospitaliera, escluso, s'intende, il capitale impiegato dal Municipio per la costruzione e l'arredamento dell'ospedale. Il *deficit* deve essere coperto dalle pubbliche amministrazioni.

(*Il Cimento*).

Pubblicheremo prossimamente:

Scaduto, La roentgenterapia delle affezioni acute tubercolari.

Egidi, Sulla tecnica della intubazione per la narcosi; secondo Auer e Meltzer.

NOTIZIE DIVERSE

Il Congresso nazionale di oto-rino-laringologia. — Un busto a E. De Rossi.

Si è tenuto in questi giorni a Roma il Congresso annuale della Società italiana di oto-rino-laringoloiatria.

Daremo prossimamente un resoconto riassuntivo dei lavori espletati.

All'inaugurazione venne scoperto un busto in bronzo di E. De Rossi, modellato dallo scultore G. Sartorio.

Parlarono i proff. Putelli, presidente della Società italiana di oto-rino-laringoiatria, Ferreri, direttore della clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma, nella quale sorge il busto, Maffei, decano dei docenti di otoiatria dell'Università di Napoli, Tonelli, rettore dell'Università di Roma, Grazzini di Firenze e Poli di Genova.

Così il Rossi - il quale instaurò in Italia la specialità e fu lustro e decoro dell'Ateneo Romano - è stato degnamente commemorato.

IV Congresso dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Riportiamo l'ordine del giorno di questo Congresso, indetto a Napoli per il 20 e 21 novembre.

Comunicazioni della presidenza. — Resoconto finanziario. — Ciuffo. Ispettorato del servizio celtico dello Stato. — Montesano. La profilassi dei mali venerei e l'opera dell'Associazione. — Vignolo Lutati. Dell'intervento del dermatologo nelle questioni d'igiene scolastica e nell'insegnamento dell'igiene sessuale. — Id. Sulla réclame professionale. — Id. A proposito del concorso a primario dermosifilografo nell'Ospedale di Brescia. — Fiocco Dei mezzi adeguati alla profilassi delle malattie veneree. — Elezioni del Consiglio direttivo per il biennio 1914-1915.

Le riunioni si terranno nell'Aula della R. Clinica Dermosifilopatica, gentilmente concessa dal direttore senatore T. De Amicis.

L'inaugurazione del Congresso avrà luogo il giorno 20 novembre alle ore 10.

A questo Congresso terrà immediatamente dietro, nei giorni 22 e 23 novembre, quello della Federazione dei medici specialisti, promosso dalla stessa Federazione.

Presidente dei due Congressi è il prof. G. Pini di Bologna (via San Stefano 18); segretario il prof. V. Montesano di Roma (via Campo Marzio 69).

Inviare le adesioni (lire 10) al dottor Gaetano Mendozzi, Napoli, Vico Neve a Materdei, 3, onde ottenere il vantaggio della riduzione ferroviaria per ambedue i Congressi.

Il VI Congresso nazionale per le cure marine e montanine.

Si tenne a Como verso la metà del settembre scorso. Numerosi furono gli intervenuti. Aderirono gli on. Giolitti e Credaro.

Il Congresso votò, tra gli altri, questo ordine del giorno:

« Considerando che la legge sulla mutualità scolastica che provvede a concetti pedagogici della educazione, al risparmio e alla mutualità nel fanciullo ed obbiga l'inscrizione alla Cassa di previdenza per la vecchiaia, lascia con saggio criterio liberi i singoli Istituti di provvedere con quei mezzi che si credessero più convenienti e per altri vantaggi morali e materiali, ai fanciulli, futuri uomini, tenendo conto che il sussidio di 5 centesimi dovuto durante le malattie acute si è dimostrato uno spreco di utilità, fa voti perchè l'Autorità scolastica stabilisca di provvedere alla profilassi antitubercolare e ad ogni altro decadimento organico mediante le cure marine e montanine, la scuola, i ricreatori all'aperto ».

Del nuovo Consiglio di amministrazione fu confermato presidente il comm. Triani. A nuova sede del Congresso per l'anno venturo fu scelta Bologna.

Congressi del 1914.

Luglio 28-2 agosto. Pietroburgo. XII Congresso Internazionale di Oftalmologia.

Estate ? Budapest. VIII Congresso internazionale di Antropologia criminale.

Settembre 7-12. Berna. Congresso internazionale. Neurologia; Psichiatria e Psicologia.

Autunno. ? Vienna. Congresso internazionale per le Malattie del lavoro.

Corsi di perfezionamento in igiene.

Dall'11 gennaio al 10 marzo 1914, nello Istituto d'igiene dell'Università di Roma, avranno luogo tre corsi di perfezionamento, uno per i laureati in Medicina e Chirurgia, l'altro per i laureati in Veterinaria, il terzo per i laureati in Chimica e Farmacia e i diplomati in Farmacia.

Si dovrà versare nella Cassa dell'Università la somma di lire 100. 05 per tassa di laboratorio e la somma di lire 10. 22, occorrente per sopratassa d'esame e marca da bollo del libretto.

Le iscrizioni si riceveranno fino al 9 gennaio p. v.; ed essendo limitato il numero dei posti disponibili, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Per ritirare alla fine del corso il diploma su pergamena si dovrà presentare domanda al Rettore, su carta bollata da cent. 60, e versare alla suddetta Cassa la somma di lire 8. 72.

Per chi avrà frequentato regolarmente i detti corsi bimestrali in questa o in altra Università, e vorrà prepararsi per i concorsi ai posti della Amministrazione sanitaria presso i Comuni e lo Stato ulteriori corsi di perfezionamento avranno luogo dal 30 marzo al 30 luglio 1914.

A detti corsi sono ammessi anche coloro che hanno compiuto gli studi nelle Università estere.

Insegnamento dell'Igiene nelle RR. Scuole normali.

A Torino per incarico speciale del Ministero della pubblica istruzione il dott. Raffaello Severi di quella città ha impartito nel decorso anno scolastico 1912-13 un Corso di insegnamento d'igiene alle alunne di quelle R.R. Scuole normali « Domenico Berti » svolgendo i seguenti temi: « Igiene sociale — Igiene scolastica — Malattie infettive — Tubercolosi — Malaria — Pellagra — Malattie parassitarie nella Scuola — Miopia scolastica — Scoliosi scolastica — Igiene della prima infanzia.

Il dott. Severi, che ebbe fra il numeroso uditorio parecchi professori e professoresse di quelle scuole, spontaneamente accorsi ad ascoltare le sue interessanti conferenze, ha avuto anche per il corrente anno scolastico confermato tale incarico dal Ministero ed incomincerà il nuovo Corso a partire dal decembre venturo. S. A.

Dispensario antitubercolare a Roma.

Il 10 ottobre venne aperto a Roma il Dispensario antitubercolare Regina Elena, presso Castel Sant'Angelo, dovuto all'iniziativa del professor Rossi-Doria e costruito su progetto dell'ing. Cesare Tamburini.

È un modello di Dispensario a tipo smontabile e riunisce tutto ciò che è richiesto dall'igiene per simili Istituti, con sobria e gaia eleganza.

È diretto dal prof. Angelo Signorelli. Sarà « profilattico e curativo »: servirà, cioè, a un tempo alla visita e alla segnalazione dei malati, limitati per ora ai fanciulli sino ai 16 anni, e provvederà ai medicamenti, alla refezione quotidiana e all'inchiesta sociale. È mantenuto a spese degli Ospedali Riuniti di Roma, col concorso della Direzione Generale della Sanità e dell'Amministrazione civile: si può quindi considerare come un Dispensario di Stato. La spesa si calcola a circa lire 25,000 annue. La Commissione direttiva sarà composta dei rappresentanti degli Enti suddetti e dell'Alleanza antitubercolare Romana.

Gli iscritti nelle Facoltà di medicina.

Durante l'anno 1911-12 gli iscritti nelle Facoltà di medicina del Regno furono 4512. Dal concorso degli inscritti, in proporzione al rispettivo numero degli abitanti, risulta che le cinque grandi regioni d'Italia si possono disporre così per quel che riguarda le iscrizioni nella Facoltà di medicina e chirurgia: primo posto all'Italia meridionale, secondo all'Italia centrale, terzo alla Sardegna, quarto alla Sicilia e quinto all'Italia settentrionale.

Per quanto riguarda la Sicilia, conviene notare che molti studenti dell'isola, specie nel periodo delle cliniche, si recano a completare i loro studi nelle Università di Napoli e Roma.

(*Vita Sanit.*).

Lega medica per lo scambio di estratti (memorie).

Viene ora costituita a Berlino, per iniziativa del maggiore medico H. Berger, una « Medizinische Vereinigung für Sonderdruckanstausch ». Funzionerà mediante una stazione centrale e pubblicherà un archivio.

Del Comitato fa parte il prof. Maurizio Ascoli di Catania.

Per informazioni rivolgersi al dott. Hermann Berger, Oberstabsarzt a. D., Berlin-Friedenau, Knaustr. 25, ovvero al segretario, dott. Henius, stessa sede.

In memoria di un chirurgo.

Il popolo di Castrogiovanni volle nell'atrio dell'Ospedale Umberto I erigere un monumento al suo benefattore dottor Pietro Farinato, il quale dipartitosi prematuramente dal mondo aveva lasciato in tutti i cuori memoria perenne delle sue opere altamente scientifiche.

Egli operando casi difficoltosissimi e con esito felicissimo accorreva volentieri nei tuguri per soccorrere i poveri ammalati.

Il dott. Farinato fu esempio a tutti di rettitudine e di filantropia non comune.

La festa che gli si è voluto tributare riuscì degna dell'Estinto, essendo manifestazione d'ogni classe e d'ogni partito. Si è svolta la prima domenica di novembre con l'intervento di numersi sodalizi.

Parlarono bellamente il presidente della Congregazione di carità, dott. Andrea Longo, il quale è stato l'organizzatore e il dirigente la festa, il direttore del Pio Istituto dott. Enrico Anzalone, l'onorevole Napoleone Colajanni, ammiratore del Farinato, Ciantro Termine e il prof. Addario di Palermo, per dire che Farinato meritava ben altra sorte per i meriti scientifici e morali ad un tempo, e che il monumento al dott. Farinato è indice di coscienza del popolo Ennese verso il figlio illustre.

C. B.

Cura della tubercolosi.

I dottori H. Thalheim e Zunulmann e i proff. Schleich, E. Müller e Kraus hanno riferito, in una adunanza tenuta nella II Clinica medica della Charité a Berlino il 25 ottobre (v. *Berliner Klin. Woch.*, 10 nov. 1913), intorno ai buoni risultati ottenuti dal vaccino di F. F. Friedmann nella cura della tubercolosi.

Il dott. Friedmann ha fatto seguire alcune osservazioni conclusive.

Come è noto, il vaccino di Friedmann risulta di bacilli tubercolari viventi ottenuti dalle tartarughe.

Questo rimedio non aveva fatto buona prova negli Stati Uniti, dove era stato lanciato con una réclame straordinaria.

Il segreto del successo consisterebbe del precisare le indicazioni e nel fissare il dosaggio.

Montecatini in Francia.

Dal « Formulaire thérapeutique » di Lyon e Loiseau (Masson et C., Paris, 1912, p. 668) riportiamo la seguente indicazione, che dimostra come le cose nostre siano conosciute in Francia:

Montecatini (Italia, provincia di Lucca), 280 m. di altezza. T. 21 a 31°. Mineralizzazione 4 a 18 p. 1000 di cloruro di sodio.

Modo di impiego: Bagni, bevande.

Indicazioni: Reumatismo cronico.

V. P.

Una circolare contro gli scapaccioni ed i baci.

In una sua circolare l'assessore per la P. I. del comune di Milano ha creduto opportuno, richiamando l'articolo 106 del regolamento generale 6 febbraio 1908, di raccomandare al personale insegnante di « non ricorrer mai, in confronto degli alunni, a mezzi correttivi non espressamente consentiti dall'articolo stesso, neanche quando detti mezzi, più che di una forma vera e propria di punizione, avessero — nell'intenzione di chi le applica — il carattere di paterno castigo ».

Nella medesima circolare si fa appello alle Direzioni affinchè volessero « vietare la biasimevole usanza dello scambio dei baci, sia tra alunni, sia tra alunni ed insegnanti ».

Rassegna della stampa medica.

The Quart. Journ. of Med., ott. PARKINSON e ROWLANDS. « La stricnina nella insufficienza cardiaca ». — WALLÈS. « Sulfoemoglobinemia ».
Klin.-ther. Woch., 6 ott. VOSS. « Le malattie croniche generalizzate delle glandole linfatiche ».
La Prov. Méd., 4 ott. SPILLMANN e BENECH. « Influenza a inizio meningeo con ittero infettivo ».
The Journal A. M. A., 4 ott. STONE. « Il significato clinico delle tensioni alte e basse ». — THRUSH. « L'igiene nelle ferrovie ».
Med. Record, 4 ott. WOLBARST. « Colliculite, malattia del veru-montanum ».
Paris Médic., 4 ott. Numero consacrato alle malattie mentali e nervose.
La Presse Méd., 4 ott. NOGUCHI. « Stato attuale della coltura del treponema pallido ». — NOGUCHI. « Paralisi generale e sifilide ».
Berl. Klin. Woch., 6 ott. SCHMIDT H. « Sull'etica medica ». — FORNET. « La coltura pura del virus vaioloso ».
Gazz. d. Osp., 5 ott. BURZI. « Chemioterapia del cancro e della tubercolosi cutanea col lecitinato di rame ».
Münch. Med. Woch., 7 ott. ROSENOW. « Terapia della leucemia col thorium X ». — WINDESHEIM. « La terapia delle anemie gravi ».
La Sem. Méd., 8 ott. KLIPPEL e WEIL. « La reazione d'attivazione del veleno di cobra ».
The Americ. Journ. of the Med. Sciences, ott. PAINTER. « L'influenza dei difetti scheletrici sullo stato di salute e di malattia ». — BROOKS. « Il cuore nella sifilide ».
Bull. of the J. Hop. Hosp., ott. BOGGS. « Il salvarsan nell'anemia perniciosa ». — FROTHINGHAM. « Etiologia dell'arteriosclerosi ».
Gazz. d. Osp., 7 ott. ORTALI. « Tubercolosi dello stomaco a forma neoplastica ».
Jahresk. f. ärztl. Fortb., ott. « Malattie infettive. Ricerche immunologiche. Medicina tropicale ».
Wien. Klin. Woch., 9 ott. Numero consacrato alla radiumterapia dei tumori maligni ».
Giorn. It. d. Mal. ven. e d. Pelle, 8 ott. PASINI, DELLA FAVERA. « Il cianuro d'oro e di potassio nella tubercolosi cutanea ».
The Med. Review, ott. CLARKE. « L'anemia perniciosa della vecchiaia ». — STEWARD. « Sulla calcolosi biliare ». — RONKERSKIÖLD. « L'iodio nascente nel trattamento delle ferite ».
Deut. Med. Woch., 9 ott. KROMAYER. « Cosmetica medica del volto ». — KRAUS. « Radiumterapia delle malattie interne ».
Giorn. di Psich. clin. e Tecn. manicom., ott. FORNACA. « La demenza negli epilettici adolescenti ». BATISTI, VIDONI. « Sull'infantilismo ». — DE PASTROVICH. « Equivalente emicranico ». — TAMBRONI. « La lesione del facciale nei pellagrosi ».
Bull. de l'Ac. de Méd., 7 ott. JONNESCO. « La rachianestesia generale (discussione) ».
Rev. de Méd., 10 ott. BOUCHUT, VOLMAT, LÉPINE. « Sul diabete ». — BORDIER. « Azione biologica delle radiazioni ». — FRAGA. « Il fegato nel paludismo cronico ».
Rev. de Chir., 10 ott. LEJARS e RUBENS DUVAL. « I reni ectopici congeniti non patologici ». — BINET e MUTEL. « Il radio curvo ». — BROCQ. « La cura cruenta delle anchilosi viziose del ginocchio ».
Medic. Record, 11 ott. AUSTIN. « La metatarsalgia di Morton ». — COLLINS. « La cura moderna della tabe ».
The Lancet, 11 ott. WETHERED. « La febbre nella tubercolosi polmonare ». — SKINNER. « Guerra e medicina ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp

Anno XX. *Roma, 23 novembre 1913* **Fasc. 47**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

MANICOMIO PROVINCIALE «FRANCESCO RONCATI»
diretto dal prof. RAFFAELE BRUGIA

LABORATORIO MICROGRAFICO.

L'acqua distillata nelle iniezioni endovenose di salvarsan

per il dott. MARIO MANTOVANI
direttore del laboratorio
e comprimario dell'Ospedale Maggiore.

La questione dell'acqua distillata nelle iniezioni endovenose di salvarsan ormai è passata in giudicato: tutti sono concordi nell'affermare che per sciogliere e diluire il prodotto chimico parassitrotopo dell'Ehrlich, non si deve adoperare che acqua di recente distillata e immediatamente sterilizzata. Tuttavia non mi pare inutile riandare il lungo cammino percorso per arrivare alla sanzione di questo importante momento di tecnica, anche per portare il mio modesto contributo, elaboratosi attraverso ormai quattro anni di esperienza, e molte centinaia di iniezioni endovenose. Vive ancora nella mente di tutti il ricordo del quadro sintomatico che per l'addietro presentavano molti dei malati iniettati col salvarsan. Mezz'ora circa dopo l'iniezione, cadevano in preda ad un brivido di freddo del tutto simile al palustre, seguito da febbre intensa (39° e 40°) della durata anche di parecchie ore, e poscia da sudori profusissimi.

Insieme al brivido compariva spesso cefalea opprimente, vomito, stato di nausea penoso e persistente, e nel giorno seguente un notevole benessere faceva dimenticare al malato le sofferenze trascorse, ed al medico le preoccupazioni di un giorno.

Durante il tempo dell'iniezione, tranne rarissimi casi, nei quali per insufficiente alcalinizzazione del preparato si ebbe congestione del volto, senso di costrizione toracica, e dispnea (crisi nitritoide) in tutti gli altri l'ammalato non accusava che un lieve senso di calore e di tensione alle tempia. È opportuno sapere che io ho sempre adoperato il salvarsan per iniezione endovenosa in soluzione alcalina o lievemente iperalcalina, secondo il metodo di Alt, che generosamente volle essere il primo ad esperimentare. Per l'istrumentario dell'iniezione, ho costantemente sentita la convenienza di usare anche un matraccio pieno di soluzione fisiologica allo stesso tasso di quella adoperata per diluire il medicamento (5 per mille); si ha un duplice vantaggio non indifferente: il sicuro indizio

del facile scorrimento del preparato nella vena, e si evita l'inconveniente che sulle pareti della vena stessa possano depositarsi particelle del medicamento, costituendo un focolaio di irritazione.

Risultato pratico è che io non ho mai osservate nessuna di quelle trombosi venose che alcuni descrivono anche colla soluzione alcalina. La spiegazione prima che parve giustamente interpretare i fenomeni di reazione immediata, fu precipuamente la lotta fra il parassita e il rimedio.

Il patologo di Francoforte aveva con geniale intuito, dato mano ad un coltello chimico che doveva recidere d'un colpo l'idra malefica : il tempo delle guerriglie, delle scaramuccie contro un nemico che sapeva utilizzare in modo sorprendente il terreno colle sue insidie era finito. Per la grande tattica da Lui instaurata, si andava a cercare il nemico nei suoi recessi, per combatterlo e annientarlo in una volta sola.

L'attuazione di un tale concetto esigeva un mezzo rapido, energico, potente, la *sterelisatio magna* non si poteva ottenere che con una azione violenta e massiva.

Era naturale quindi che il malato dovesse reagire più o meno intensamente a questo enorme perturbamento che si compiva nel suo organismo. Questa interpretazione però apparve subito ai più manchevole, e del tutto insufficiente, a rendere ragione del complesso dei fenomeni che cadevano sotto la nostra osservazione. Intanto l'esperienza aveva dimostrato in un modo ineccepibile, che alcuni ammalati non reagivano così tumultuosamente all'iniezione : la febbre era la sola conseguenza, non mai troppo elevata, tarda a presentarsi, facile ad esaurirsi.

Ora anche in questi nei quali la reazione, era tanto lieve e così mediata, doveva pure necessariamente avvenire la lotta fra il parassita e il rimedio, le spirochete dovevano morire sature di arsenocettori e liberare la loro endotossine, e perchè allora non era così intensa come negli altri? D'altra parte i fatti reattivi che presentavano i meno, erano talmente diversi da quelli dei più, che s'imponeva una divisione netta e sicura fra quelli che reagivano immediatamente coi fenomeni tumultuosi e intensi, e quelli che reagivano meditatamente con fenomeni lievi e labili, così fin da allora si potè stabilire che in seguito all'iniezione endovenosa di salvarsan, si poteva avere una reazione immediata, vivace e impressionante ed una reazione mediata, debole e di pochissimo conto. Quella non poteva essere dovuta all'azione tossica del medicamento, poichè la tossicità del salvarsan è minima, riferita si intende ad un uomo sano, e minore di quella del mercurio, tanto è vero che questo alle dosi di quattro o cinque centigrammi può già essere causa di disturbi : e nemmeno a fenomeni di idiosincrasia.

Questi sono rari quasi quanto quelli per il cloroformio e quando si avverano riproducono esattamente il quadro dell'avvelenamento acuto da arsenico.

Dunque a spiegare i fenomeni di reazione immediata bisognava indagare sulle altre sostanze che entravano nella preparazione del 606 ; a quelle così dette eccipienti. Per opera di Hutinel, Kottmann, e Meyer si sapeva dell'esistenza di una così detta febbre da cloruro di sodio dovuta al sale stesso o alla sua concentrazione, ma era una febbre lievissima tale da non superare uno o due centigradi. Wechselmann fortunatamente per primo pensò che la reazione febbrile in seguito all'iniezione endovenosa di salvarsan, quella reazione immediata, fosse dovuta alle materie organiche che esistevano nell'acqua distillata vecchia, e a quelle che provenivano dalla distillazione durante la sterilizzazione col calore, d'una flora sviluppatasi nell'acqua dopo la distillazione.

L'argomento parve subito di somma importanza, e moltti se ne occuparono, e tutti con profitto. Rebiere esaminando 10 campioni d'acqua distillata del commercio vide che l'acidità per mille espressa in cmc. di Na OH n/10 variava da un minimo di cmc. 0.4 ad un massimo di 15.2 e le materie organiche per mille espresse in cmc. di Mn O4 n/100 variava da un minimo di cmc. 4 ad un massimo di 1000! Da quasi tutti campioni si potè ottenere in varia misura lo sviluppo di una flora ricca di muffe e altre volte di microrganismi.

Ora, se si pensa che Jakimoff potè dimostrare in alcuni malati infetti da tripanosoma che la tossicità del salvarsan è da 10 a 13 volte maggiore quando s'inocula contemporaneamente una piccola quantità di culture batteriche uccise, appare logica l'ipotesi dell'Emery che sotto l'influenza di cadaveri batterici le cellule del corpo acquistino una aumentata avidità di arsenico, o assorbano maggior quantità del sale arsenicale, o lo scindino più intensamente per provocare poi tutti quei fenomeni che appartengono alla reazione immediata. Comunque sia, i fatti sopra citati imposero subito di far tesoro dell'avvertimento di Wechselmann e del contributo di molti altri non meno benemeriti. Ed io dagli

ultimi mesi dell'anno scorso cominciai subito a distillare personalmente l'acqua, tanto per sciogliere il salvarsan, quanto per fare la soluzione fisiologica da diluirlo e sterilizzarla immediatamente.

Il risultato fu degno dell'aspettativa. Le reazioni immediate scomparvero in tutti i malati anche in quelli chiamati una volta parasifilitici spesso in condizioni di deperimento organico notevole. In questi giorni ho compiuto il primo centinaio di iniezioni endovenose di salvarsan, senza avvertire nessuno di quei fenomeni noiosi ai quali una lunga consuetudine aveva ormai abituato. L'importanza del fatto è tale da rendere inutile ogni ulteriore commento, si ricollega direttamente alla diffusione maggiore di un medicamento, che anche oggi continua a riscuotere la fiducia dei medici e dei malati.

La reazione mediata che ho potuto seguire nei miei malati si è espressa in tutti, tranne d'uno, che ebbe anche un po' di vomito, da lieve ipertermia. Nei luetici con lesioni acute che non subirono mai alcun trattamento specifico, la prima iniezione fatta con dose sufficiente (20-30 centg.) fu costantemente seguita in più della metà da una reazione termica comparsa dopo cinque o sei ore, e che non superò mai i 38°. Nelle iniezioni seguenti nessuno ebbe ipertermia tranne d'uno che certamente presentò i segni d'una intossicazione acuta da arsenico. Rare volte ho osservato una lieve reazione intestinale (qualche scarica diarroica).

Nei malati di sifilide cronica non ebbi mai a lamentare nessun inconveniente, uno solo ebbe un ostinato singhiozzo alla seconda iniezione, che però non riapparve nelle successive Dopo di che non mi pare soverchio ardire, l'affermazione basata sull'esperienza quasi quotidiana, e su malati di natura diversa affidatimi anche dall'ambita fiducia di miei colleghi, che le iniezioni endovenose di salvarsan fatte con tutta prudenza, e tecnica rigorosa, sono senza pericoli gravi e scevre di quegli inconvenienti immediati che pure non avendo carattere di speciale gravità, tuttavia erano tali da impressionare molto il malato e non poco il medico. Il *nihil nocere* del grande dell'Istituto Speyer, ha trovato la sua conferma più bella e più convincente nella esperienza clinica.

Bologna.

Pubblicheremo prossimamente:

CARMELLI. *Un caso di occlusione intestinale da diverticolite di Meckel.*

RIVISTE SINTETICHE.

Alcune considerazioni sullo strapazzo fisico

per il dott. ERCOLANI PIETRO.

Lo strapazzo fisico si verifica in modo speciale in seguito a sforzi muscolari troppo violenti e ripetuti che cagionano la stanchezza e l'indebolimento generale o che finiscono con l'inettitudine a un nuovo sforzo e con l'esaurimento. Questi disturbi scompaiono col riposo, ma essi rappresentano peraltro l'abbozzo di disturbi più seri e durevoli che vanno a costituire lo strapazzo. La fisiologia della fatica ci può far ben comprendere gli accidenti dello strapazzo, ma essa è ancora disgraziatamente incompleta, perchè gli autori hanno preso di mira solamente e specialmente la fatica muscolare, mentre nella fatica non è soltanto lo stato particolare del muscolo che vi prende parte, ma tutto l'organismo. Esaminiamo infatti, per dare un semplice esempio, un individuo che ha eseguito una corsa un po' lunga a passo ginnastico; in esso constatiamo facilmente: accelerazione dei movimenti respiratori, dei battiti cardiaci, sudore più o meno abbondante. Nella fisiologia della fatica adunque bisogna calcolare tutte queste modificazioni dell'organismo che accompagnano le contrazioni muscolari. Agli accidenti quindi dello strapazzo concorrono principalmente tre fattori:

1° l'intossicazione prodotta dal lavoro;
2° l'esaurimento nervoso;
3° i disturbi dell'ematosi e della circolazione.

Ciascuno di questi tre fattori può influenzare, esagerare ed aggravare la potenza dell'altro in una maniera peraltro molto difficile a precisarsi.

1. *Intossicazione prodotta dalla disassimilazione muscolare.* — Un muscolo che lavora eccessivamente determina un avvelenamento con i prodotti della disassimilazione che si formano in una maniera esagerata. La fisiologia infatti c'insegna che un muscolo in riposo assimila e disassimila, come tutti i tessuti viventi, presenta cioè una maniera di nutrizione comune a tutti i tessuti, che può chiamarsi *nutrizione organica;* un muscolo invece in azione, che si contrae, compie un lavoro meccanico, quindi si verificano fenomeni chimici nuovi, il cui insieme corrisponde a quella che può chiamarsi nutrizione dinamica; l'accumulo di questi fenomeni chimici nuovi che sono prodotti

e sostanze di rifiuto, le quali aumentano notevolmente quando il lavoro è spinto sino alla fatica, determina appunto nel tessuto muscolare la ragione della stanchezza. Nello stato normale i prodotti derivanti dall'attività muscolare sono man mano portati via dalla corrente singuigna, e la fatica non si produce se non quando dopo contrazioni troppo intense e prolungate questi prodotti si formano in quantità troppo grande che non resta annullata dalla circolazione sanguigna ed avviene un'autointossicazione la quale ha un'influenza importante nella patogenesi degli accidenti che ne derivano; ma l'influenza dell'avvelenamento se è forse preponderante non è però la sola che intervenga nel provocare gli stati morbosi che possono succedere alla fatica. Va tenuto conto anche d'un altro fattore, dell'esaurimento nervoso.

2. *Esaurimento nervoso.* — Ogni movimento è subordinato ad un'eccitazione nervosa. Quando noi passiamo dallo stato di riposo allo stato di moto ha luogo in date zone del sistema nervoso un aumento di lavoro. Nel cervello, nel midollo spinale avviene in dati gruppi di cellule una trasformazione di forza, di tensione in forza viva, di energia potenziale in energia attuale, di forze radicali, come ben dice Barthez, in forze agenti; e quando il capitale di riserva finisce per consumarsi, s'ha allora l'esaurimento. Il lavorìo eccessivo della cellula cerebrale e spinale accelera il movimento di disassimilazione e vi accumula taluni prodotti della nutrizione, e per produrre la fatica della cellula dei centri, all'esaurimento dinamico si aggiunge, secondo il Ranke, un'auto-intossicazione della propria sostanza per mezzo di corpi derivati da essa. Checchè ne sia di tutto ciò, il vero è che quando l'esercizio fisico eccessivo produce dei disturbi, l'adinamia nervosa deve esser tenuta in conto di un fattore patogeno molto importante. Questa nozione fu un po' troppo dimenticata rispetto all'influenza dei lavori che dimostrarono nello strapazzo fisico l'esistenza di un'autointossicazione coi prodotti della disassimilazione muscolare.

3. *Disturbi della respirazione e della circolazione.* — Ogni esercizio un po' esagerato dà per effetto dei movimenti respiratori accelerati provocando ansia, dispnea, affanno. La causa di questo fenomeno non è stata chiaramente accertata dai fisiologi. Secondo Richet, la frequenza della respirazione, che immette maggior quantità d'aria fredda, ha per iscopo di raffreddare il sangue eccessivamente riscaldatosi dal lavoro eccessivo. Secondo Mosso e Johansonn l'accelerazione della respirazione è dovuta al sentito bisogno di maggiore eliminazione di sostanze tossiche. Dal punto di vista patogenetico peraltro la frequenza della respirazione è strettamente connessa a disturbi cardiaci che hanno una parte molto importante nelle malattie da fatica. Ed infatti ogni fatica un po' violenta accresce il numero e l'intensità dei battiti cardiaci; tale sovrattività è a tutti nota. E veramente il cuore dapprima eccitato sotto l'influenza, ad esempio, d'una lunga corsa, in seguito s'indebolisce e la tensione arteriosa si abbassa. Le cause poi che determinano l'accelerazione dei battiti cardiaci sono dai fisiologi interpretate in modi diversi: chi ammette l'autointossicazione, chi l'eccitazione del centro cardiaco nel midollo allungato, il fatto è, ed è incontestabile, che gli sforzi muscolari, di qualunque natura essi siano, esaltano l'attività cardiaca e questa può esser seguìta da un esaurimento più o meno grave, più o meno durevole. E secondo l'intensità e la durata dello sforzo, secondo lo stato precedente del miocardio, che può trovarsi in condizioni sane o alterate, gli effetti di questa sovrattività varieranno da un individuo all'altro: in uno potranno essere nulli, in un altro potranno dar luogo ad una dilatazione cardiaca transitoria; in alcuni questa potrà rimanere permanente terminando più o meno presto con un'astenia cardiaca definitiva; in altri infine la dilatazione potrà essere seguìta da un'ipertrofia.

Questi tre fattori adunque, esaurimento nervoso, autointossicazione dei prodotti del lavoro muscolare, disturbi della respirazione e circolazione, intervengono principalmente alla produzione degli accidenti dello strapazzo; ed ora prevalendo o l'uno o l'altro di tali fattori ne deriva la moltiplicità dei disturbi determinati a seconda anche della forma dell'esercizio fisico che provoca lo strapazzo e le speciali condizioni individuali.

Il fanciullo e l'adolescente hanno una nutrizione assai attiva e quindi facilmente li colpisce lo strapazzo da cui peraltro guariscono presto; gli adulti però sono più frequentemente strapazzati perchè maggiormente si dànno ad esercizi forzati. Il vecchio raramente si strapazza, ma quando accade, il cuore e il cervello resistono di meno e ne consegue una gravità di disturbi maggiore. L'uomo ha occasione di strapazzarsi più della donna; le ragazze che abbandonano la vita salubre dei campi per sottoporsi al lavoro

penoso ed antigienico delle fabbriche nelle città, subiscono le conseguenze dello strapazzo. I militari e specialmente le reclute (non allenate) nel tempo delle grandi manovre vanno soggette facilmente allo strapazzo.

Lo sviluppo straordinario delle macchine non ha alleggerito la fatica all'operaio. Il grande fisiologo A. Mosso, dice che l'uomo fu condannato a seguire la macchina che dirige e questa non conosce altro limite nella sua velocità che la debolezza dell'uomo che deve darle aiuto; e Carlo Marx asserisce che la macchina ha fatto bensì abbassare il prezzo delle merci, ma non la fatica dell'operaio, perchè le ore di lavoro invece di diminuire sono aumentate. Gli accidenti da strapazzo si osservano peraltro non solo negl'individui costretti dalla loro professione, ma anche in coloro che si dedicano a strapazzi sportivi. Lunghe corse in bicicletta, al nuoto, al pattinaggio, ecc., possono determinare accidenti gravi, ed alcuni vincitori di corse, hanno pagata cara la loro vittoria. La mancanza di riposo e di sonno, l'insufficienza di essi favoriscono l'autointossicazione da strapazzo. Lavorare molto e dormire poco significa favorire moltissimo la produzione dei veleni da strapazzo; ho letto sui giornali che durante la guerra turco-bulgara, un soldato turco, vinto dalla stanchezza e dal sonno, invitato da un superiore a levarsi e marciare, rispose: *uccidetemi pure ma lasciatemi dormire.* Qui peraltro è necessario far risaltare l'importanza grande dell'*abitudine.* Un abitante di città che per una giornata volesse lavorare come un contadino, il giorno dopo sarebbe a letto con una stanchezza febbrile, mentre il contadino ogni giorno compie, senza inconvenienti, la stessa quantità di lavoro. Quale la ragione di questa immunità? In forza dell'abitudine, forse anche per eredità s'è stabilito l'equilibrio tra la disassimilazione e la potenza eliminatrice; in secondo luogo in seguito all'abitudine si contraggono solamente i muscoli che sono necessari al movimento voluto, si produce un massimo di lavoro con un minimo di spesa; vera educazione muscolare che dà l'allenamento che con l'eredità dell'abitudine produce la resistenza di certe razze umane e di animali alla fatica.

E s'osservi d'altra parte nei convalescenti, negl'individui affetti da certe malattie croniche e nei feriti una minima fatica può dar luogo a disturbi e determinare l'ipertermia. Certamente lo stato morale ha un'influenza grandissima nella produzione dello strapazzo fisico. Un lavoro noioso affatica molto di più d'un lavoro cui si prende interesse. Il Wilks narra che una ragazza di costituzione delicata non era capace di far delle lunghe passeggiate, mentre non provava alcun fastidio e passeggiava per molto tempo quando era sotto braccio del suo fidanzato.

Accidenti determinati dallo strapazzo fisico.

Lo strapazzo fisico adunque può *da solo* determinare degli stati morbosi come *causa essenziale*, e può anche *predisporre* a certe malattie e favorire in alto grado l'invasione microbica nell'organismo nel quale si determina in seguito ad esso una diminuzione di resistenza, un *locus minoris resistentiae*, e quindi l'attecchimento dei germi patogeni.

1. Causa *essenziale* di malattia è lo strapazzo sotto forma *acutissima.* Esso può dare affanno, dilatazione cardiaca ed asfissia mortale. In un uomo che fa un esercizio insolito e violento, ad esempio, un uomo che corra per non perdere il treno, la respirazione, il ritmo cardiaco si accelerano ed assieme l'affanno semplice; se l'esercizio è spinto più oltre, l'individuo diventa angoscioso, cianotico e il polso si fa irregolare e v'ha tendenza alla sincope, e può determinarsi una dilatazione cardiaca transitoria, ma se l'esercizio è prolungato in un grado più elevato, i battiti cardiaci si fanno disordinati, persiste la cianosi, la dispnea si fa più intensa e possono comparire degli edemi malleolari. Questi disturbi possono in pochi giorni scomparire ma possono anche uccidere l'individuo per sincope. Il soldato di Maratona, che andò ad annunziare la vittoria agli Ateniesi, morì appena giunto. Ogni anno nelle ascensioni alpine si deplorano morti per strapazzo o di vecchie guide o di persone non sufficientemente allenate.

2. Esistono peraltro degli accidenti dovuti a uno strapazzo *acuto e subacuto* che interessano maggiormente i medici, e da una forma leggiera di semplice stanchezza si giunge fino a dei veri stati tifoidi con tutte le loro catene intermedie e con tutta la sequela dei vari disturbi. In seguito ad un lavoro insolito, ad una camminata rapida, ad una corsa a piedi, o a cavallo o in bicicletta, si prova dopo qualche ora, un leggiero malessere con dolori muscolari, ma presto tutto scompare. Se gli sforzi sono più prolungati ed intensi, il malessere generale e i dolori muscolari sono più accentuati, l'individuo si mostra abbattuto, incapace al lavoro, sente freddo; qualche volta la lingua si copre d'un leggiero strato saburrale e s'ha anoressia, ma la tem-

peratura non si eleva. Se gli sforzi sono ancora in grado più elevato viene la *stanchezza* febbrile, l'individuo si sente oppresso e sonnolento, a letto non dorme, presenta agitazione, cefalea, un calore per tutto il corpo; al mattino, se pur ha potuto chiudere un occhio, si desta di soprassalto, madido di sudore, con le membra rigide e dolenti, la testa pesante, la lingua impaniata, senza appetito, il polso è frequente, la temperatura elevata; durante la giornata la febbre diminuisce un poco, ma l'individuo è incapace di lavorare, prova un'estrema stanchezza, si sente mancare le gambe. Dopo 24 ore generalmente la febbre scompare, rimane un po' di lombaggine, crampi dolorosi muscolari; per cinque o sei giorni i muscoli, che avevano preso parte all'esercizio, rimangono rigidi, dolenti al tatto, incapaci allo sforzo. Quando lo sforzo è in grado superlativo abbiamo dei veri stati *tifoidi* che durano 5-6 giorni; l'ammalato è intontito, insensibile, indifferente, presenta lo stupor tifoso; si osserva un po' di sub-delirio, la cefalea è intensa. Un sintoma importantissimo è dato dai *dolori muscolari*, spontanei o alla pressione, dolori che talora prendono la forma di crampi e colpiscono specialmente i muscoli che hanno lavorato di più. Anche il tubo digerente è vivamente interessato, a cominciare dalla lingua, come nella febbre tifoidea, s'ha anoressia, sete viva, spesso diarrea, gorgoglio ileocecale, splenomegalia e talora anche ipertrofia epatica con ittero. Il cuore è debole, l'ottusità cardiaca assoluta è più estesa del normale, ed il miocardio è dolente alla pressione. Nel decorso della febbre da strapazzo si può avere albuminuria, e l'urea molto inferiore alla norma ma al momento della defervescenza critica della febbre l'organismo si svelena con una profusa eliminazione d'urea e di urati. Queste febbri da strapazzo possono subire le più varie interpetrazioni, possono mentire le febbri tossiche, le febbri nervose, ma l'etiologia e la clinica accurata e vigile le sa discernere le une dalle altre per quanto vi siano le più svariate forme cliniche anche di febbri da strapazzo.

Abbiamo accennato che lo strapazzo fisico oltre ad essere causa essenziale di stati morbosi, *può predisporre* alle malattie favorendo l'invasione microbica. Da qualche anno a questa parte la patologia microbica ha subìto una modificazione. Si è anzitutto constatato che l'azione esclusiva microbica non è sufficiente a spiegare tutto nella genesi delle malattie infettive e che le condizioni di recettività sono variabilissime negl'individui sottoposti alle medesime probabilità di contagio. Perchè un microbo germini e pulluli nell'organismo è necessaria l'opportunità morbosa, la quale è creata da modificazioni dell'ambiente interno come quelle che dipendono dallo strapazzo, o dall'ambiente esterno che sono le condizioni meteoriche. Anzi moltissimi se non tutti i microbi sono dei nostri ospiti abituali. Lo pneumococco, il bacillo della difterite, ecc., possono trovarsi nella nostra bocca anche allo stato normale. Il bacillo del tifo forse non è che una modificazione del *bacillo coli communis* che si Eberthizza. I piogeni, streptococchi, stafilococchi possono vivere nella bocca, nella vagina, sulla cute d'un individuo sano; quindi attualmente si deve ammettere che certi casi di malattie infettive non sono dovuti al contagio, ma sono veramente spontanei; e se l'infezione non avviene è in grazie al fagocitismo e alle proprietà battericide del siero del sangue nell'uomo sano. Se il microbo diventa patogeno, se la sua virulenza si esalta si è perchè sono intervenute delle modificazioni interne od esterne. Lo strapazzo è una delle cause interne che maggiormente facilitano l'infezione microbica, e l'organismo avvelenato dallo strapazzo diventa preda dei microbi, precisamente come il corpo entra in putrefazione allorchè in esso si è estinta la vita. Se lo strapazzo favorisce l'infezione è perchè diminuisce la resistenza vitale, perchè si attenua la resistenza dei mezzi coi quali l'organismo si difende contro i microbi, s'attenua quindi la attività dei fagociti, il potere chimiotassico cellulare, l'azione battericida ed antitossica degli umori. Sembra che lo strapazzo favorisca di preferenza certe determinate infezioni. Così la *miosite* infettiva egregiamente descritta dal Brunon si sviluppa soltanto in individui predisposti da strapazzo fisico al quale spesso si aggiungono le emozioni morali depressive, la noia, la nostalgia. La causa ordinaria occasionale è lo sforzo muscolare, ma la causa intima del processo suppurativo sta in un'infezione generale, probabilmente da stafilococco piogeno; i muscoli colpiti sono sempre i muscoli lavoratori per eccellenza. Così anche l'osteomielite degli adolescenti è spessissimo preparata dallo strapazzo. Si potrebbe dire che l'osteomielite susseguе alla così detta febbre di crescenza e che la trasformazione di questa in quella ha luogo quando interviene lo *staphylococcus pyogenus*. La pioemia spontanea degli antichi AA. con ascessi articolari, Jaccoud asserisce che compare spesso in seguito a fatiche esage-

rate. Peter insiste sul fatto che la maggior parte delle endocarditi infettive sono precedute spesso dallo strapazzo. Anche la tubercolosi può esser favorita nel suo sviluppo in date circostanze dallo strapazzo fisico ed infatti le cause ordinarie della tubercolosi tardiva acquisita sono i raffreddamenti ripetuti in individui strapazzati per eccessi di lavoro e per miseria. È la maggior parte dei clinici ammette che fra i vari fattori etiologici che favoriscono lo sviluppo del tifo è senza dubbio lo strapazzo fisico. Nell'esercito questa influenza dello strapazzo si verifica spessissimo. Peter ha osservato delle epidemie che decimavano un reggimento cessare appena cambiato il colonnello. Il tifo colpisce specialmente le truppe sottoposte a manovre prolungate e a marcie forzate, assale specialmente i militari giovani, che non si sono abituati alla fatica. Esso serpeggia specialmente in mezzo agli attendamenti di guerra, come abbiamo verificato anche nella recente campagna italo-turca, dove le fatiche in tempo di guerra sono incalcolabili e dove si sono sviluppati moltissimi casi di tifo, favoriti e preparati certamente dallo strapazzo fisico. Ho visto con i miei occhi tornare a casa dei militari affetti da febbri intermittenti malariche e dopo queste venir colpiti dal tifo. In seguito allo strapazzo si modifica dunque profondamente l'ambiente interno ed in seguito a queste modificazioni interne per autointossicazioni da strapazzo il bacillo del colon comune raggiunge la sua virulenza fino a dare il tifo vero e proprio. Così si spiegano tutte le serie morbose che vanno dalla semplice stanchezza febbrile alla febbre tifoidea più caratteristica.

Lo strapazzo fisico può anche *aggravare* l'influenza deleteria e perniciosa delle temperature estreme. Vero è che esistono dei disturbi dipendenti unicamente dall'azione del calore e dall'insolazione, ma è anche vero che il *colpo di calore* è favorito in special modo dallo strapazzo, cioè a dire che lo strapazzo rende più efficace e più rapida l'influenza nociva del calore eccessivo. I colpi di calore si verificano più specialmente nell'esercito, ed un grave inconveniente è quello di sottoporre alle fatiche ed agli strapazzi delle grandi manovre, i soldati chiamati di recente e non ancora sufficientemente allenati. È quindi molto probabile che la maggior parte dei casi ritenuti come colpi da sole, siano imputabili allo strapazzo acuto, combinati con l'influenza delle alte temperature.

Come il calore favorisce la produzione dello strapazzo, così anche il freddo eccessivo può affrettare gli effetti perniciosi. Certi casi di pretesa asfissia da freddo, secondo il Dufour, sarebbero casi di strapazzo acuto, favoriti da questa condizione cosmica. Egli cita degli esempi dimostrativi forniti dagli annali militari.

Alcune malattie cardiache possono pur esse esser favorite nel loro sviluppo dallo strapazzo fisico; e già Galeno sapeva che la professione d'atleta favorisce lo sviluppo delle cardiopatie. Mettendo da una parte gli strapazzi acutissimi, di già accennati, che possono dare dei vizi di cuore in un tempo brevissimo, vi sono peraltro dei lavori muscolari esagerati che per lungo tempo possono continuare senza un disturbo notevole della salute, ma in seguito poi possono danneggiare il cuore con i suoi vasi e quindi anche i reni ed i polmoni. Talamon in proposito cita molti accidenti cardiaci in individui diversi ed a seconda del loro mestiere con nomi di *cuore forzato,* cuore strapazzato, cuore irritabile, ipertrofia atletica e questo specialmente nei facchini, spaccalegne, nei fabbri, nei minatori, nei soldati degli eserciti accampati e mobilizzati per una guerra, negli atleti, nei ginnasti. Il pericolo starebbe appunto nella ripetizione dello sforzo. Molti di tali individui muoiono con tutti i segni dell'asistolia, dopo aver presentato per un tempo più o meno lungo dei sintomi d'ipertrofia cardiaca *non valvolare.* Gli effetti dello strapazzo cronico sul cuore non sono risentiti in modo uguale da tutti; la sovrattività cardiaca consecutiva alla fatica forza il cuore in una maniera irreparabile solamente in quegl'individui nei quali il miocardio presenta una debolezza speciale innata od acquisita favorita anche da varie cause come ad esempio, debole resistenza di taluni individui mal costituiti, petto angusto, miseria fisiologica dipendente da cattiva alimentazione, emozioni morali tristi, ecc. Le lesioni cardiache preesistenti in seguito a malattie infettive o tossiche, come il tabacco, l'alcool, la sifilide, sono certamente tutte cause predisponenti efficacissime atte a peggiorare le condizioni nocive dello strapazzo fisico sul muscolo cardiaco. Gli sforzi anormali, ripetuti e violenti tanto frequenti nei giovanetti, sorprendono il loro cuore in una fase di sviluppo e quindi si possono avere delle conseguenze perniciose più frequenti che in qualsiasi altra età. Alcuni medici ed autori ritengono che lo strapazzo fi-

sico cronico possa annoverarsi tra le cause dell'arteriosclerosi, ma questa è una questione ancora discutibile dal fatto che non da sola sarebbe capace a determinare questo processo morboso vasale, bensì vi concorrerebbero altre cause predisponenti perniciose e deleterie.

Anche i polmoni possono esser male influenzati dallo strapazzo fisico; all'enfisema polmonare infatti vanno soggetti specialmente facchini, fornai, spaccalegna, ma anche qui è da ripetere che non è lo strapazzo fisico capace da solo a determinare tale lesione, vi concorre bensì una predisposizione anteriore, una fragilità speciale delle fibre elastiche dovuta o all'eredità o a taluni disturbi della nutrizione generale o della nutrizione locale del polmone.

Lo strapazzo fisico finalmente può esser causa di accidenti acuti nel decorso di varie malattie croniche; così nelle nevrosi uno strapazzo muscolare può far scoppiare un accesso di nevrastenia, nelle isteriche lo strapazzo fisico basta da solo a determinare dei parossismi convulsivi e delle paralisi funzionali, negli artritici spesso la fatica ridesta una crisi acuta, un accesso di gotta, e così anche nel diabete lo strapazzo ha spesso per conseguenza di precipitare la cachessia o di provocare il coma diabetico. E il Gendre ritiene che l'abuso della bicicletta possa provocare negl'individui predisposti la comparsa della tiflite.

Però, concludendo, lo strapazzo fisico localizza gli accidenti morbosi nel sistema locomotore o in date parti dell'organismo. Sembra dimostrato che negl'individui predisposti l'atrofia muscolare progressiva possa cominciare da taluni gruppi di muscoli sottoposti allo strapazzo; in un maestro da ballo, scrive Hammond, l'atrofia era cominciata dai muscoli del polpaccio; l'osteoma degli adduttori che si osserva nei cavallerizzi, la tarsalgia degli adolescenti obbligati a stare a lungo in piedi, ci presentano degli esempi analoghi.

Per quel che riguarda *la terapia* bisognerebbe esporre un sistema di regole profilattiche che permettessero di evitar gli stati dello strapazzo e dovrei quindi riferire una gran parte dell'igiene. Nell'immensa maggioranza di casi, gli stati di strapazzo guariscono con il riposo: *quies lassitudinis remedium*. Si favorirà l'eliminazione delle sostanze organiche tossiche elaborate, vere scorie dell'organismo coi diuretici, latte, bevande abbondanti, con purganti e diaforetici. Il massaggio è utile ed utilissimo quando i dolori sono intensi, esso attiva notevolmente la riparazione dei muscoli affaticati. Se il cuore è debole si ricorrerà alle iniezioni eccitanti, ed in casi di astenia acuta miocardica non bisogna esitare di praticare il salasso che diminuisce la fatica del cuore e favorisce rapidamente l'eliminazione delle tossine.

Per concludere, bisognerebbe far esaminare dal medico ogni fanciullo prima di permettere che si dedichi ad una professione o mestiere o ad un esercizio fisico qualunque. Se vi è qualche labe degli apparati circolatorio, locomotore, digerente o del sistema nervoso, proibire quegli esercizi fisici che potrebbero aggravarla. Esigere sempre un allenamento graduale e progressivo. Incoraggiare sì gli esercizi fisici, ma combattere lo sport negli istituti scolastici.

Belvedere Ostrense (Ancona), luglio 1913.

BIBLIOGRAFIA.

A. MOSSO. *La fatica*. Milano, 1894.

ROUQUÈS. *Substances thermogènes extraites des tissus animaux sains et fièvreux par autointoxication*. Paris, 1893.

COUSTAN. *Les maladies imputables au surmenage dans l'armée*. Montpellier médical, 1894.

GAUTRELET e LAGRANGE. *Les graphiques de la fatigue et de l'entraînement*.

ARLOING. *Surmenage des animaux*. Dict. encyclopédique des Sciences médicales.

SALVIOLI. *Influence de la fatigue sur la digestion stomacale*.

CENI. *Du pouvoir bactéricide du sang dans la fatigue musculaire*. Archives italiennes de Biologie, Vol. XIX.

SAGNET. *Etudes sur le accidents d'origine thermique, le coup de chaleur et la thermohéliosie*.

TALAMON. *Les exercices du corps et l'hypertrophie du coeur*.

R. BLACHE. *Hypertrophie et dilatation du coeur dans l'adolescence ou ectasie cardiaque de croissance*.

H. HUCHARD. *La pseudo-hypertrophie cardiaque de la croissance*. Journal des praticiens, 1894.

SUNTI E RASSEGNE

FISIOPATOLOGIA.

Ricerche sul siero dei gottosi.

(R. EHRMENN e H. WOLFF. *Münch. mediz, Woch.*, n. 38, 1913).

Il concetto della gotta atipica è stato stabilito dal Goldscheider. Egli osservò che i casi di essa sono molto più comuni di quelli di gotta tipica.

Questa forma che si differenzia dalla gotta classica solo per la mancanza degli accessi, mostra sopra tutto dei tofi all'olecrano e davanti alla rotula. Anche lo scricchiolio articolare è stato trovato dal Goldscheider presente in questa forma come nella gotta classica, cosicchè lo si può considerare come un sintomo clinico caratteristico della gotta.

E perciò egli ritiene come casi di gotta atipica quelli che, anche senza la presenza di tofi, presentano il caratteristico scricchiolio articolare, oltre ad una serie di sintomi che si mostrano nella gotta (sintomi cardio-vascolari, obesità, tumore di fegato, sintomi renali, nevralgici e segni di depressione nervosa).

Una ricerca sul sangue in questi casi era interessante perchè è stato dato come segno caratteristico della gotta la presenza di acido urico nel siero sanguigno durante une dieta apurinica.

Ricerche degli AA. eseguite in casi di gotta tipica avevano dimostrato che anche nei soggetti normali, durante una dieta apurinica si può trovare nel sangue una certa quantità di acido urico. Con metodo recente e più preciso Wiechowski trovò in tali casi da 10 a 20 milligrammi di acido urico per litro di sangue; la quantità delle basi puriniche fu trovata 4 volte e perfino 10 volte maggiore di quella dell'acido urico.

Gli autori hanno studiato l'azione dell'atofan sul contenuto in acido urico del siero perchè la efficacia di questo medicamento su la eliminazione del detto acido nella gotta (Nicolaier e Dohrn, Weintraud) non è stata ancora sufficientemente assodata. Lo Zuelzer ha notato la scomparsa dell'acido urico dal sangue con la somministrazione di atofan. Anche il Deulsch ottenne la scomparsa dell'acido urico dal sangue mentre il Retzlaff trovò solo una leggera diminuzione o nessuna variazione. Nei soggetti nutriti con dieta apurinica il Retzlaff dopo somministrazione di atofan trovò nel sangue un notevole aumento dell'acido urico del quale prima erano dimostrabili appena tracce.

Una variazione dell'alcalinità è stata constatata specialmente dalle ricerche del Magnus-Levy e di altri autori più recenti sia durante l'accesso sia al di fuori di esso; e si sa del resto che le antiche vedute sulla gotta, specialmente quelle del Garrod e del Cantani, attribuivano una grande importanza a questa condizione.

Dalle ricerche eseguite dagli AA. sul sangue di sette pazienti essi traggono le seguenti conclusioni:

1. Anche il siero di soggetti sani nutriti con dieta apurinica mostra una certa quantità determinabile di acido urico.

2. In casi di gotta tipica, dopo una dieta apurinica, si può trovare temporaneamente nel siero una quantità di acido urico uguale o anche minore di quella che si riscontra nei soggetti sani.

3. Anche nei casi di gotta atipica nel siero sanguigno non si riscontra alcuna caratteristica.

4. Con l'atofan (alcune ore dopo la somministrazione) la quantità di acido urico nel siero per lo più resta immutata, ma in un caso divenne molto minore. Anche la quantità di urea e di basi puriniche rimane invariata.

Durante un accesso gottoso con la somministrazione di atofano la quantità di acido urico si mantenne notevolmente bassa, mentre alcuni giorni dopo, cessata la somministrazione del medicamento, la quantità dell' acido divenne più alta pur rimanendo immutata quella della urea.

5. Mentre nell'intiero sangue, secondo Wiechowscki, la quantità delle basi puriniche è da 4 a 10 volte più grande di quella dell'acido urico, nel siero quest'ultimo è sempre notevolmente più abbondante che le basi puriniche.

6. La concentrazione in ioni di idrogeno del sangue dei gottosi è in parecchi casi notevolmente più alta di quella del sangue normale e perfino di quello dei diabetici con sintomi comatosi o precomatosi. Si può dunque ritenere come non dubbia una diminuzione della alcalinità del sangue nei gottosi.

7. Il siero dei gottosi mostrò in alcuni casi un aspetto lievemente lipemico.

F. BRUNI.

MEDICINA.

Coliti acute infettive nel bambino e nell'adulto.

A. MATHIEU (*Gaz. des Hôpit.*, 3 luglio 1913).

Passa in una rivista di confronto, le forme cliniche di colite infettiva degli adulti e dei bambini; egli vuole così completare una lacuna delle relazioni al Congresso di medicina di Parigi (Cade, Hutinel e Nobécourt), le quali, perfette nel loro svolgimento, avevano assunto precisi limiti, il primo occupandosi solo di quelle degli adulti, gli altri due delle coliti dei bambini. L'A. fa notare come la colite degli adulti possa anche essere la conseguenza lontana, con parossismi più o meno intensi, della colite dell'infanzia, e che, solo conoscendo comparativamente la forma morbosa nelle due età, si possono spiegare certe particolarità che diversamente sfuggirebbero.

Nelle coliti dei bambini, si possono distinguere due forme: la *generalizzata, superficiale, catarrale* e la *colite ulcerosa*. Congestione dell'intestino, colon retratto spastico, follicoli tumefatti come tanti piccoli rilievi biancastri nel primo caso, raramente si riscontrano ulcerazioni serpiginose, erosioni ovalari, sanguinanti facilmente; tale forma di colite si può produrre anche nell'adulto.

Ma in questo sono più frequenti invece le coliti dissenteriformi, con lesioni ulcerose ed emorragiche del segmento sigmoido-rettale, le coliti flemmonose (specialmente sigmoiditi o perisigmoiditi).

È difficile potere affermare qualche cosa di sicuro sugli agenti patogeni: bacilli di Widal, Shiga, Flexner, colibacillo, steptococco, enterococco, devon essere presi in considerazone; non devono però essere lasciate nel dimenticatoio le azioni proteolitiche degli anaerobi, e tutta la flora intestinale, sulla cui azione noi ancora troppo poche nozioni possediamo.

Errori alimentari, deglutizione nel fanciullo di muco-naso-faringeo, negli adulti intossicazioni da alimenti azotati, l'abuso del regime carneo, la coprostasi, sono tutte cause che possono avere la loro grande influenza nel determinare l'insorgenza d'un'enterite.

FORME CLINICHE.

Forma acuta, semplice o catarrale nel bambino. — Scrivono Hutinel e Nobecourt: «Durante qualche giorno il bambino è triste, abbattuto, impallidisce, perde l'appetito, la lingua è saburrale, alito caldo o fetido, costipazione, feci putride poco colorate. Quindi vomito alimentare o bilioso, qualche dolore colico, febbre 38, 38.5. Le scariche divengono più frequenti, tre, quattro volte nelle 24 ore, costituite da materiali mal digeriti, semiliquide, fetide, con muco a grani o a filamenti. Stato generale poco modificato. Addome leggermente meteorico, colon più o meno contratto. Miglioramento rapido sotto cura appropriata; in uno o due giorni la temperatura scende al normale, le materie fecali perdono la loro fetidità, non contengono muco, lingua detersa, compare l'appetito. Con cura male appropriata si aggrava la malattia; talora si aggrava a malgrado della cura, quando la forma lieve non era che l'inizio della forma grave».

Nell'*adulto* così procedono le cose secondo Cade: «Inizio spesso brusco, il quadro clinico si completa talora in poche ore. In alcuni malati però l'inizio è lento. Dolori addominali vivi, coliche con scariche ripetute. Scariche liquide o pastose più o meno mescolate a detriti solidi; quindi le scariche meno frequenti sono puramente liquide, mescolate a muco jalino e qualche volta a muco-membrane; talora sono mucosità con striature sanguigne; in pochi casi le feci sono sempre abbondanti, fluide, diarroiche. Non rari sono i premiti, il tenesmo anale, tenesmo vescicale, con pollachiuria. Possono presentarsi sintomi reattivi a distanza: dolori gastrici con ipersensibilità epigastrica alla pressione, nausea, vomito, tendenza a lipotimie, accelerazione e piccolezza del polso, angoscia, facies peritoneale, con intensità individuale variabile.

Sensibilità appena accennata lungo il colon, specie discendente ed iliaco, la palpazione fa sentire sotto le dita uno dei segmenti intestinali spastici. Lieve febbre 38, 38.5, con remissioni mattutine, talora apiressia.

Evoluzione breve (8-10 giorni); può prolungarsi e ricadere; talvolta segue una colite cronica muco-membranosa, che poteva anche preesistere».

Nel confronto tra le due forme, nei bambini e negli adulti, bisogna notare che nell'adulto sono presenti sempre tenesmo, e premiti, che sono indice d'una localizzazione, verso la parte inferiore del grosso intestino, fatto meno frequente nel fanciullo.

Forme gravi. — Nel fanciullo, secondo Hutinel e Nebécourt, le coliti acute, mucose intense, possono avere un inizio insidioso, in altri casi insorgono sotto una forma particolarmente grave.

Esse si vedono nei bambini da 1 a 3 anni: descritta da Widerhofer con il nome di enterocolite follicolare o dissenteriforme (Marfan), quasi sempre essa compare in un bambino che avea già disturbi digestivi. La fase prodromica, che talora esiste, passa per lo più inavvertita.

Il bambino bruscamente è preso da febbre e vomita, le feci si modificano, lo stato generale si altera; vomito sul principio alimentare poi

mucobiliare. Si ripete più o meno frequentemente, sia dopo l'ingestione di liquido sia spontaneamente. Cessa però in due o tre giorni.

All'inizio le feci sono dure o pastose, poi divengono molli o semiliquide, di odore fetido, putrido. Eliminati i residui alimentari le scariche divengono frequenti, poco abbondanti mucose, striate di sangue o con strie purulente saniose, di colorito in genere giallo-verdastro, la reazione è alcalina.

Dolori colici; l'addome è trattabile sul principio, quindi esso è retratto. L'intestino crasso è contratto e dolente alla palpazione, sopratutto a livello del colon discendente, del cieco, del colon ascendente. Anoressia, sete, labbra secche e screpolate, lingua saburrale all'inizio, diviene secca, bianca sul dorso e alla base, rossa sui bordi. Il bambino, che all'inizio è agitato diviene sonnolento, facies peritoneale, dimagramento, pelle secca, poco elastica, urine scarse e scure. Respiro frequente, polso accelerato, la temperatura raggiunge 39-40 gradi all'inizio, poi si abbassa ed assume andamento variabile.

L'evoluzione è muta, a seconda della forma, dello stato precedente e dell'età del bambino; nei casi favorevoli tutta la sindrome si attenua in 4-5 giorni; la convalescenza s'inizia ed è lenta; durante la convalescenza però sono frequenti le ricadute.

In alcuni casi scompare la febbre, ma la sintomatologia intestinale persiste e conduce il bambino ad uno stato minaccioso di cachessia.

Nei casi sfavorevoli s'aggravano rapidamente i sintomi iniziali; temperatura, elevata, talora ipotermia, dispnea, polso piccolo, convulsioni, eritemi, complicazioni, esito fatale.

Talora infine la forma assume un carattere subacuto, quasi tifoideo; guarisce con cura opportuna.

Una forma detta *coleriforme* è assai simile per sintomatologia del colera asiastico.

Cade, a proposito della forma grave ulcerosa dell'adulto, scrive: « Le feci sul principio formate, divengono rapidamente diarroiche: esse mantengono il loro aspetto fecale d'ordinario, di rado sono rimpiazzate da mucosità più o meno sanguinolente.

Si tratta d'ordinario d'una diarrea abbondante, acquosa, fetida, che contiene sempre muco, muco-membrane, talora dei veri lembi di mucosa, pus, sangue, alimenti indigeriti riconoscibili (lienteria). Il pus, talora rilevabile macroscopicamente, per lo più si deve ricercare con l'esame microscopico (leucociti numerosi più o meno alterati).

Il sangue è per lo più abbondante nelle feci, talora sono solo strie, talvolta è in tale quantità da colorare in nero il liquido diarroico; alcuni malati eliminano addirittura sangue rosso puro o quasi puro, misto a coaguli. In ogni caso la colite merita il nome di emorragica; ma ogni colite emorragica non è una colite ulcerosa. (Strauss).

Scariche ripetute (10-15 nelle 24 ore), con bisogni frequenti ed urgenti, con falsi stimoli, e premiti.

Tenesmo piuttosto raro, ed anche eccezionale: indica esso in genere una partecipazione del retto al processo morboso. Lo stimolo all'urinazione è spesso frequente e accompagnato da tenesmo. In ogni caso il malato si lamenta poco di dolori addominali vivi, e la loro localizzazione è indecisa. Sensibilità anormale dell'addome sul grosso intestino e particolarmente a livello del colon discendente e dell'S iliaca.

Si può notare spesso la corda iliaca a sinistra; l'addome è piatto, talora leggermente meteorico, con la rettosigmoidoscopia si può vedere rossore della mucosa, con presenza di essudato e d'ulcerazioni. Nelle forme emorragiche si può scorgere il sangue uscire dalla superficie mucosa ulcerata.

Raro l'erpes, rare ulcerazioni necrotiche della bocca e del faringe. Polso frequente, urine scarse, ricche d'urati e d'indacano, temperatura elevata (40°); negli ultimi periodi delle forme gravi talora ipotermia, algidità, collasso, che uniti ad una diarrea abbondante simula le forme coleriche, facies peritoneale, astenia grave, in certi casi d'infezione si generalizza; endocardite infettiva, eritema nodoso ».

Queste coliti ulcerose sono in generale gravi, esse possono tuttavia guarire in poche settimane (3-5) ma in generale la guarigione quando si ha sopravviene in qualche mese.

Nella convalescenza si possono avere ricadute frequenti. Le forme gravi dell'adulto e del bambino offrono dunque delle differenze: nell'adulto però si trovano talora dei casi assai simili alle enteriti dei bambini, per l'intensità delle manifestazioni addominali, e tossi infettive generali.

Se nel bambino si possono riscontrare dei fatti che hanno tendenza a prendere andamento di dissenteria acuta, nell'adulto il predominio degli accidenti dissenteriformi è più frequente e più netto: e possono condurre alla morte in poche settimane, ma più frequentemente che nei bambini all'accesso iniziale segue uno stato dissenterico di colite subacuta o cronica emorragica.

PONTANO.

Coliti dissenteriformi ed emorragiche.

(A. MATHIEU. *Gazette des Hôpitaux*, 22 lug. 1913).

Nelle diagnosi differenziali tra colite dissenteriforme ed emorragica, l'esame rettoscopico fornisce preziosi elementi: esso ormai tiene il posto d'onore. Il reperto varia a seconda che la forma dissenterica sia acuta o abbia avuto un decorso piuttosto cronico.

Nelle forme croniche, che datano da più mesi, l'esame rettoscopico rivela lesioni il più delle volte assai superficiali: rossore diffuso, fragilità della mucosa, facilmente sanguinante.

Oltre che rossa, nei casi recenti, la mucosa si vede tumefatta, sopratutto in corrispondenza delle valvole. In un certo numero di casi, invece si constata secchezza liscia della mucosa, rosea, friabile, senza muco; è reperto frequente specialmente nei vecchi ed indica grave atrofia della mucosa. In qualche caso la mucosa è opacata, come se fosse stata trattata con carta da smeriglio, talora finalmente esistono erosioni superficiali a fondo rossastro, a bordi giallastri, allungate, delle dimensioni d'una lente, talora invece sono punti sporgenti corrispondenti ai follicoli chiusi dell'intestino aumentati di volume; ulcerati o no.

Oltre alle due forme ormai classiche di dissenteria, l'*amebica* e la *bacillare*, si distinguono altre forme dissenteriche da *spirilli, da protozoari*, ecc.

Per fermarci alle due specie più note e più frequenti, mentre nella forma amebica le lesioni sono soprattutto profonde, sottomucose, e si trovano ascessi, ed escare che distruggono la mucosa sollevata e scollata, nella forma bacillare l'infiammazione è diffusa alla superficie, la secrezione è meno abbondante, piccole ulcerazioni tendono a ravvicinarsi e a fondersi. I margini di queste perdite di sostanza sono irregolari e leggermente sollevati, limitati agli strati della mucosa.

Nelle forme croniche siano amebiche che bacillari talora le lesioni sono assai superficiali e simili a quelle che si riscontrano nelle coliti dissenteriformi dei nostri climi.

Per la diagnosi differenziale allora ci sovvengono l'esame microscopico (amebe) o la sierodiagnosi per l'agglutinazione.

Bisogna ricordare come talora, sotto una forma a tipo dissenterico di colite, abbia inizio una forma tifoide e paratifoide: è necessaria tale nozione specialmente nelle coliti febbrili, che talora sono il primo periodo di infezione da *b. tiphi* e *paratiphi*.

Talora la sindrome clinica (scariche emorragiche brusche, fenomeni dissenteriformi prolungati) fa pensare ad una colite emorragica, ma l'esame rettoscopico invece dimostra l'esistenza d'un cancro: si tratta in genere di malati d'una certa età, che hanno 7-10 scariche al giorno, fatte di muco con scarse sostanze fecali, talora di materia sanguinolenta, di feci nere, saniose; anche nell'intervallo tra le scariche, gli ammalati perdono sostanze della stessa qualità che loro bagnano la biancheria.

Il decorso è progressivo, non incomincia quasi mai bruscamente, come suole invece fare la colite emorragica pura. La esplorazione rettale e l'esame rettoscopico permettono di risolvere rapidamente il quesito.

Nella donna dinanzi ad un attacco acuto di colite dissenteriforme, bisogna sempre pensare ad un'eventuale affezione dei genitali (salpingite, perimetrite). L'esame rettoscopico può dimostrare la compressione dell'intestino, e l'esame ginecologico rivelare la causa vera dell'affezione.

Sindromi di coliti dissenteriforme sono talora provocate dalla presenza di ulcerazioni specifiche tubercolari: con l'esame rettoscopico si possono vedere perdite di sostanze profonde, a bordi scollati, policiclici, con piccoli sollevamenti biancastri, corrispondenti a tubercoli agglomerati; se il soggetto è un tubercoloso, la diagnosi è facile; ma se non vi sono contemporanee lesioni polmonari, la diagnosi diviene assai difficile, e l'esame rettoscopico è necessario.

Il sifiloma ano-rettale è caratterizzato da un induramento totale del retto, che di esso fa un tubo rigido, resistente all'entrata del rettoscopio; vi si vedono ulcerazioni ricoperte da placche di pus raddensato, e non facilmente sanguinanti; solo le lesioni tubercolari possono dimostrare il medesimo aspetto e allora saranno utili gli esami ausiliari.

Diarrea alternata a costipazione più che delle sindromi dissenteriformi, si presentano compagne dell'ulcera semplice del colon, descritta da Quénu e Duval; ma il carattere principale che accompagna questa lesione, sono le emorragie abbondanti, ripetute, tanto più forti, quanto più l'ulcerazione è vicina al retto.

Bisogna tener conto, per le diagnosi differenziali, delle ulcerazioni emorroidarie: queste in genere dànno emissione di sangue puro in corrispondenza delle defecazioni, talora melena, se il sangue è stato ritenuto per qualche tempo nell'ampolla rettale. All'introduzione del rettoscopio in questo genere di malati, non è possibile veder nulla; ma, ritirandolo, si vede un'ulcerazione lenticolare a fondo rosso scuro, a bordi irregolari.

***

Il prof. Follet, di Lilla, pensò per il primo ad una cura chirurgica di queste coliti: egli in un caso di colite dissenteriforme, praticò un ano

cecale, ma l'intervento troppo tardivo non diede resultato. Novaro, nel 1887, ebbe invece buon successo in un caso analogo.

I tentativi numerosi hanno avuto un duplice scopo di mira:

a) mettere in riposo il colon;

b) praticare lavaggi dall'alto al basso, visto che è cosa ben difficile lavare l'intestino dal basso all'alto.

Per isolare il colon s'è ricorso alla colostomia: sul cieco, sul colon ascendente, parte superiore del colon discendente, sul colon iliaco. Sarebbe miglior partito stabilire l'ano preternaturale sul colon discendente, il più basso possibile; quivi le feci giungono già formate e il fastidio dell'infermo è minore; ma per ciò è necessario che la lesione sia limitata alla zona sottostante; senonchè in genere, la colite occupa tutta l'estensione del colon, e quindi la cecostomia rimane sempre il metodo più sicuro.

Con l'ileosigmoidostomia s'è tentato di stornare le materie fecali dall'intestino tenue al colon sigmoideo escludendo quasi il colon; perchè sia indicata l'operazione è necessario che il colon pelvico sia integro; ma controindicazione è il fatto che spesso si produce un reflusso di materie fecali verso la parte superiore del colon e verso il cieco.

Se può bastare, l'appendicostomia è il metodo ideale di cura: si tratta di fissare la base dell'appendice alla ferita cutanea e di accollare il cieco alle pareti con due punti di sutura, di resecare l'estremità dell'appendice, d'introdurre una sonda attraverso all'appendice fino al cieco. Rimane una fistola superficiale di piccole dimensioni, attraverso alla quale si può con una sonda praticare il lavaggio dell'intestino. Non si può l'atto operativo praticare se l'appendice è obliterata.

Tale risorsa costituisce un vero progresso chirurgico nella cura delle coliti, e nell'avvenire sarà certo più usata di quello che ancora non lo sia stata.

T. PONTANO.

RIMEDI NUOVI.

La cura del cancro coi raggi Röntgen e col mesotorio.

(KRÖNIG e GAUSS. *Deut. mediz. Wochenschrift*, 1913, n. 26).

Nel Congresso internazionale di ginecologia del 1912 a Berlino, gli AA. riferirono sui primi otto casi di epitelioma nei quali avevano sperimentato con successo l'azione profonda dei raggi Röntgen, applicando così per i primi nel cancro il principio sostenuto da Gauss e Lembcke.

In seguito, in un articolo nel n. 7, 1913, della *Münchener Mediz. Wochenschrift*, hanno dimostrato che coi raggi Röntgen e mesotorici siamo in grado di potere ottenere in profondità le stesse alterazioni cellulari, e singolarmente la distruzione delle cellule cancerigne, come da Perthes ed altri era stato ottenuto per i tessuti superficiali. Specialmente il caso pubblicato di epitelioma dello stomaco, nel quale nella sede originaria di un voluminoso neoplasma furono riscontrati, dopo la cura, piccoli residui di tessuto cancerigno in via di involuzione, dimostra l'azione dei raggi in profondità. La sede dello stomaco è molto indicata a dimostrare l'efficacia di questa cura, perchè il tumore è situato profondamente e fra mezzo è interposta la parete addominale; al contrario nel cancro del collo dell'utero e della vagina i raggi agiscono in parte in superficie.

Più tardi gli stessi principî della röntgenterapia profonda gli autori li hanno estesi alla mesotorioterapia, e con questa hanno ottenuto ancora migliori successi.

Nel Congresso internazionale di fisioterapia in Berlino (marzo 1913), Gauss ha riferito su 150 casi neoplasmi curati col mesotorio; fra questi v'erano 30 epiteliomi di diversi organi, dei quali già 10 egli considerava come guariti.

Gli AA. descrivono la tecnica e la varietà dei raggi adoperati. Fanno la storia dello sviluppo della radioterapia del cancro, e dicono che le loro ricerche cliniche seguono il cammino di questo sviluppo. Non contenti dell'azione dei raggi Röntgen non filtrati sull'epitelioma, son passati ai raggi filtrati; dalla röntgenterapia profonda si è sviluppata poi per analogia la mesotorioterapia profonda, con la quale essi hanno ottenuti gli ultimi e migliori risultati.

Dividono il loro materiale clinico in due categorie:

1° Influenza dei raggi Röntgen non filtrati (metodo antico);

2° Influenza dei raggi Röntgen e mesotorici filtrati (metodo nuovo).

Dividono poi i loro casi clinici in due sottogruppi:

1° Applicazione dei raggi Röntgen e mesotorici negli epiteliomi non operati;

2° Loro applicazione allo scopo di prevenire le recidive di cancri operati.

Coi raggi non filtrati hanno trattato 26 casi di carcinomi non operati. Tutti i pazienti di questo gruppo sono morti. Questi raggi costituiscono un metodo di cura palliativa.

Allo scopo di prevenire le recidive, hanno curato 64 casi. I risultati sono molto interessanti, perchè dimostrano la forte superiorità dei raggi filtrati. Di questi 64 casi, 43 furono trattati

quasi esclusivamente con raggi Röntgen non filtrati; gli altri 21 casi in parte con raggi non filtrati, ma per lo più insieme anche con raggi filtrati. La differenza è evidente.

Dei 43 del primo gruppo, 23 sono morti; dei 21 del secondo gruppo, gli autori hanno notizie soltanto di 20, e tutti questi 20 casi non hanno dato recidive. Quest'ultimi però sono in osservazione da un periodo non ancora molto lungo: 7 donne da meno di un anno e 13 da più di un anno (da 5 ad 1 anno e mezzo). Se pensiamo che circa il 60 % di recidive si hanno nel primo anno dopo l'operazione, vediamo subito il valore di quei risultati.

I casi non operati trattati con raggi Röntgen e mesotorici sono 56: in 10 casi furono applicati soltanto i raggi Röntgen, in 46 gli uni e gli altri combinati. La cura combinata ha dato finora i migliori risultati.

Bisogna ricordare che gli AA. hanno finora trattato quasi tutti pazienti inoperabili e disperati. I risultati sono migliorati da quando la fiducia crescente nel metodo ha indotto a trattare con esso anche i casi operabili. Dei 46 casi, 5 sono morti; 7 si sono sottratti a cure ulteriori e quindi non se ne hanno notizie; 19 casi sono ancora in cura; e 15 possono essere considerati completamente guariti. La più lunga durata della mancanza di recidiva è per ora di 1 anno e 4 mesi.

Gli AA. hanno trattato i cancri dello stomaco mediante applicazioni dall'esterno, ed eventualmente mediante l'introduzione nello stomaco di una capsula attraverso la fistola di Witzel. Hanno in cura tre casi di epitelioma dell'esofago: in questi casi si è cercato mediante l'esofagoscopio di applicare la capsula di mesotorio sulla sede del tumore.

Se si vogliono ottenere buoni risultati dalla radioterapia nell'epitelioma, bisogna curare casi operabili, non casi disperati. Ma dobbiamo sconsigliare l'operazione ai casi operabili? Dai dati statistici molto particolareggiati, il confronto fra la mortalità post-operativa e i risultati favorevoli negli epiteliomi dei varî organi è quasi sempre sconfortante.

Si può concludere che anche i carcinomi che si trovino nelle migliori condizioni debbano essere trattati con la radioterapia, tanto più che con essa, come risulta dalle recenti osservazioni, non si perderà un tempo molto prezioso, come prima si è ritenuto.

Se la radioterapia in un caso inoperabile produce molto prontamente un regresso nello sviluppo del tumore, e rende possibile l'operazione radicale che prima non si poteva eseguire, si deve pensare, secondo gli AA., che essa non possa essere dannosa anche nei casi operabili.

Gli AA., per concludere, dànno queste norme generali. Se il cancro è operabile ed è possibile il controllo all'ispezione ed alla palpazione, si può cercare di ottenerne la guarigione mediante la radioterapia; se mancherà il successo, si sarebbe sempre in tempo per l'operazione.

Se è operabile e non è possibile il controllo con la palpazione e l'ispezione, si potrà allora eseguire l'operazione radicale, se la statistica delle guarigioni e della mortalità post-operativa riguardanti il caso in ispecie dànno speranza di successo; se ciò non è, la radioterapia sarà anche indicata.

Se il cancro è inoperabile, si deve in ogni caso eseguire un intenso trattamento radioterapico, il cui successo potrà dipendere in tutti i casi dalla combinazione dei diversi metodi di cura.

Quanto alle recidive, sono necessarie speciali raccomandazioni. Ogni intervento operativo nel cancro deve essere seguìto e sussidiato dalla radioterapia profilatticamente e sistematicamente praticata. I casi non trattati a questo modo sono facilmente esposti alla recidiva. È necessario irradiare ancora a scopo profilattico, a regolari intervalli, anche i casi di cancri guariti con la semplice radioterapia, anche dopo la scomparsa completa di ogni sintoma sospetto di possibile recidiva. Se non si tien conto di tutto ciò, i disinganni del trattamento chirurgico non saranno risparmiati neppure nella radioterapia del cancro.

P. S.

STORIA DELLA MEDICINA.

Babilonia e la medicina ippocratica.

Conferenza con proiezioni tenuta a Siena nel settembre 1913 al Congresso della Società per il Progresso delle Scienze.

Studiando alcuni oggetti caldaico-babilonesi del Museo del Louvre a Parigi, mi fece impressione un vaso votivo offerto da Gudea (2350 av. Cr) a un dio Ningischzida, nel quale è rappresentato il simbolo di questo dio, consistente in due serpenti avvolti attorno ad una mazza, in modo da ricordare perfettamente il simbolo dell'Asclepio greco (fig. 1). Mi fu dato allora di trovare in parecchi oggetti i ricordi di questa Gudea e della protezione speciale che gli accordava quel dio, il cui nome s'interpreta *signore dell'albero della vita*, e le continue espressioni con cui il protetto raccomanda la sua vita al suo protettore; ed infine la particolarità che in queste rappresentazioni, contrariamente all'uso babilonese, Gudea si fa

presentare alle divinità superiori non per mano di un sacerdote, ma per mano di Ningischzida, che è un semidio. Mi parve di vedere in ciò l'aspirazione di quel re all'immortalità, che infatti a suo tempo raggiunse. Ho potuto raccogliere e mostrare parecchie rappresentazioni di questo dio, sempre munito del medesimo simbolo, il serpente — emblema, del resto, riconosciutogli dagli assiriologi.

Che il serpente rappresenti il male in genere e la malattia in ispecie, si può arguire non solo da alcune affermazioni nelle quali quel dio, e il suo dio immediatamente superiore, Ningirsu, sono descritti come difensori dalle malattie (come in un inno a Ninib), ma anche dal fatto che essi hanno per attributo *il bastone*, come il greco

Fig. 1.

Fig. 2.

Esculapio. Analoghe rappresentazioni si trovano nella Mitologia egiziana. Così presentai la figura di un Horus egiziano, dio della salute, nelle cui mani sono le bestie *fascinatrici*, che consistono prevalentemente in serpenti.

Quali potevano essere i rapporti tra un re che aspira all'immortalità e un protettore speciale da lui scelto, che ha proprietà di vincere le malattie e per emblema un serpente?

Questo a me pare possa risultare dall'esame di alcuni sugelli appartenenti a quei re, dei quali alcuni antichissimi, e specialmente di uno (fig. 2) che era il sugello particolare dello stesso Gudea, nel quale figura ancora questo eroe presentato a Ningirsu da Ningischzida, portante i suoi inseparabili serpenti. L'interpretazione di questo sigillo è secondo me la seguente: L'eroe presenta per mezzo del semidio al dio principale il simbolo dei suoi maggiori meriti, ossia delle bonifiche da lui fatte per rendere abitabile e salubre il tratto di terreno dove esso signoreggiava, compreso tra il basso Eufrate ed il basso Tigri. Questi luoghi, invero, soggetti alle inondazioni periodiche di quei due fiumi, furono oggetto di bonifiche idrauliche per parte di quegli antichissimi abitatori. Quella regione infatti che ora è squallida e deserta, rese nell'antichità il 300 per 1: e di queste opere igieniche ed agricole si trovano ricordi ad esempio nell'iscrizione del canale di Ammurabbi, dominatore di poco posteriore al nostro. Pertanto il nostro eroe offre al *dio delle acque*, ben noto nella mitologia caldea, presso cui e sotto i cui piedi sono vasi da cui escono delle fonti, che rappresentano appunto le acque sotto terra e sopra terra, un vaso parimenti provvisto di correnti acquee, che imboccano in uno dei due fiumi sacri sgorganti dalle spalle del nume, che sono appunto l'Eufrate e il Tigri. L'offerta dunque di Gudea è quella di un paese da cui sorge la salute, ricordata dai serpenti di Ningischzida, e dove fiorisce l'Agricoltura rappresentata dal germoglio che sorge in mezzo alle acque incanalate. Questa spiegazione a mio credere va estesa anche ad altri analoghi sigilli nei quali ad esempio si vede Isdoubar, l'Ercole dei Greci, abbeverare i tori selvatici a questi vasi: rappresentazione certo che ricorda un altro lato utile delle bonifiche, cioè la pastorizia, resa possibile colle acque sistemate.

Una importante osservazione si deve qui fare: queste opere igieniche rappresentate in questo sigillo dal serpe e da un vaso, hanno un perfetto riscontro nell'antichissima Igia dei Greci, insignita di una coppa e di un serpente.

Tutto ciò prova però che originariamente il serpente non deve essere stato il simbolo della

Medicina propriamente detta, ma della *pubblica Igiene.* Il sorgere della Medicina deve essere stato immediatamente soffocato dalla superstizione e dall'intervento della Mitologia. Poca stima e poca fiducia dovevano raccogliere, pertanto, gli antichi medici, messi così in concorrenza coi numi! Presso gli antichi Babilonesi (come si legge nel codice di Ammurabbi) il chirurgo che è riuscito infelice nell'esito di un'operazione aveva le mani tagliate: (Come una nutrice che avesse trasgredito ai suoi doveri aveva tagliate le mammelle!).

A queste considerazioni che dànno alla Medicina greca un simbolo comune a quello dell'Igiene pubblica babilonese, va posto accanto il singolare contenuto di quella Medicina che più schiettamente fu greca, cioè la ippocratica. Ippocrate coi suoi quattro umori lega strettamente la salute umana alle quattro stagioni dell'anno. Nell'inverno prevalgono le malattie di pituita (muco), perchè la stagione è fredda ed umida, e tali sono i caratteri di quell'umore. Per analoghe ragioni le malattie del sangue prevalgono nella primavera, quelle della bile nell'estate e quelle dell'atrabile nell'autunno. Ora in tutta la cosmogonia dell'antica Babilonia, che fu popolo cultore eminente dell'Astronomia, prevale il concetto dell'indissolubile legame del cielo e degli astri con tutto ciò che avviene nelle singole parti del creato: il macrocosmo ripetuto nel microcosmo. Ho mostrato un fegato di terracotta che serviva agli aruspici babilonesi, nel quale è la chiave per la spiegazione dell'exstispicio, e questa terracotta viene illustrata da altro, del tutto simile, ritrovamento fatto a Piacenza di un fegato in bronzo, etrusco, pure da me mostrato, nel quale ultimo gli etruscologi vogliono vedere le varie parti del cielo riprodotte nell'organo, e questo come chiave della divinazione, sempre sulla base dell'idea babilonese, che cioè il microcosmo rispecchi il macrocosmo.

Evidenti sembrano dunque i punti comuni alla Medicina e alla Igiene della Grecia da un lato, e a quelle dell'antica Caldea e Babilonia dall'altro. E il trovare in questa il simbolo della mazza, della coppa e del serpente può risolvere finalmente la tanto dibattuta questione della origine della medicina greca, la quale non sarebbe nè autoctona, come vogliono i più recenti, nè derivata dall'indiana, come dissero il Puccinotti ed altri, e deve invece essere stata coeva colla coltura caldaico-babilonese.

V. PENSUTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Di un caso di guarigione completa di sclerosi cavernosa o « Induratio penis plastica »

per il dott. PASQUALE FUSCO.

Mi è occorso, tempo fa, di vedere nella mia pratica un caso di un'affezione di un corpo cavernoso del pene, che il Fournier chiama *sclerosi cavernosa*, ed il dott. Callomon, in un articolo pubblicato nella *Medicinische Klinik*, e riassunto dal dott. Belosersky nel fascicolo 4 della sez. pratica del *Policlinico*, 1912, chiama *Induratio penis plastica*.

E poichè l'esito finale ne fu la guarigione definitiva, ottenuta coi rimedii antisifilitici, credo valga la pena di rendere il caso di pubblica ragione, siccome quello, che mette in chiaro due punti dal Fournier messi in dubbio, e dal Callomon completamente negati; vale a dire la guaribilità di tale affezione, la sua natura luetica.

N... N..., di anni 55, individuo di buona costituzione organica, di media statura e complessione, non aveva, durante la sua vita, sofferto altre malattie degne di nota, all'infuori di una resipola facciale e qualche febbre gastrica nell'adolescenza, e febbre malarica per tre settimane all'età di 25 anni.

Nel 1890 contrasse sifilide, la cui manifestazione iniziale fu piuttosto dubbia, avendo l'apparenza di un semplice foruncolo al prepuzio; foruncolo, però, che invece di sparire in pochi giorni, rimase per circa un mese, dando ben presto luogo a segni non dubbi di gravezza, avendo causato febbre e dolori osteocopi sin dal principio del secondo mese. Ciò nonpertanto, l'infermo prese la cosa piuttosto a cuor leggero, e per i primi anni si curò in maniera saltuaria ed interrotta, a preferenza con frizioni mercuriali e con pillole di protojoduro.

Nonostante che ogni anno avesse praticato per parecchi mesi cure antisifilitiche, purnondimeno d'allora in poi non passò un anno senza che avesse qualche nuova manifestazione, sia schiettamente sifilitica, o parasifilitica.

E una di queste manifestazioni fu appunto quella di cui è oggetto questo scritto, vale a dire una piccola gomma del corpo cavernoso di sinistra, là dove questo si continua colla corona del ghiande.

Tale gomma era così piccola e profondamente situata, che l'infermo non se ne sarebbe mai accorto, se non fosse stato per il dolore sentito nell'erezione, e per l'impossibilità di esercitare la copula.

Per siffatti inconvenienti si rivolse a me, che a tutta prima non li misi in rapporto colla sifilide, sia perchè erano passati 19 anni dall'epoca del contagio, sia perchè l'individuo aveva praticato ogni anno delle cure specifiche. Ma poi, visto che il male andava crescendo, anzichè di-

minuire, mi decisi di consigliare nuovamente i rimedii specifici, sia in via di esperimento, sia perchè, trattandosi di un soggetto sifilitico, non sarebbero mai stati inutili.

Nel mio caso la guarigione fu completa non solo, ma può dirsi anche permanente, essendo oramai passati due anni e mezzo, senza che l'individuo abbia avuto alcun disturbo, tanto nell'erezione, quanto nella copula.

Il trattamento usato fu lento e lungo, e consistette in questo: Applicazioni leggiere e limitate di unguento mercuriale al 20 %, ogni due o tre giorni, seguite nel giorno appresso da immersione del pene in acqua calda per pochi minuti: frizioni generali con gr. 1.50 di unguento grigio, tre volte la settimana. Dopo un mese si sostituì alle frizioni mercuriali la soluzione composta di bijoduro di mercurio e joduro di sodio, anche questa in minime dosi, continuando le applicazioni locali due o tre volte la settimana, seguite da immersione del pene in acqua calda.

Dopo un paio di mesi l'infermo fu in grado di esercitare la copula, ma ancora con un poco di dolore e deviazione dell'asta verso destra. Ed anche questi residuali disturbi cessarono al terzo mese, durante il quale si alternò la pozione mista, in tenue dose, con qualche iniezione ipodermica di bijoduro di mercurio.

***

Ho voluto attendere finoggi a render noto questo caso clinico per il principale motivo di assicurarmi della stabilità della guarigione, la quale, secondo il Fournier, non si verificherebbe mai. Egli difatti riferisce che Mauriac e Batut hanno citato due casi, in cui gl'induramenti cavernosi erano completamente *spariti* sotto l'azione del trattamento specifico, ma (aggiunge in parentesi) per esser seguiti, in verità, da una recidiva nell'uno e nell'altro caso.

Ora io, per parte mia, ritengo che gli insuccessi, o le incomplete guarigioni siano dovuti alla insufficienza del trattamento curativo; insufficienza relativa al tempo, anzichè alla quantità del rimedio usato. Invece che una cura intensa e di breve durata, si richiede una cura lunga e lenta, a piccole dosi. Trattandosi di una lesione così limitata, si richiede del tempo, e non poco, perchè il mercurio ed il jodio possano, per mezzo della circolazione sanguigna, apportare i loro effetti su quella.

Nè vi può esser compenso tra tempo e quantità del rimedio, attesochè di questo una gran parte viene eliminta quotidianamente, senza esercitare la sua azione sulla parte malata.

In quanto poi alle recidive, non me ne meraviglio gran fatto, convinto come sono che la guarigione della sifilide non è mai definitiva e permanente.

Il mio infermo si è curato in media per tre o quattro mesi all'anno, sempre però con piccole dosi ed interrottamente.

***

Concludendo, io dico:

1. Che gli insuccessi o i parziali successi ottenuti dal Fournier e dal Callomon sono da addebitarsi, a mio credere, alla brevità del trattamento.

2. Che quando la *sclerosi cavernosa* o *induratio penis plastica* si riscontra sopra individui che non contrassero mai sifilide nè blenorragia, essa è dovuta a lue ereditaria, la cui estensione non è facile stabilire.

3. Che in questi casi, più che in quelli di lue acquisita, la cura deve essere blanda e prolungata, accoppiando le applicazioni locali colla cura generale.

Filadelfia (Stati Uniti d'Am.).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

I Congresso italiano di radiologia medica.

Milano, 12, 13, 14 ottobre.

Dott. **Aristide Busi**. *L'indagine radiologica del cranio.* — Grande è il numero e l'importanza delle informazioni che le indagini röntg. del cranio possono dare, sia perchè, il cranio, considerato in sè, cioè in quanto è osso, cartilagine e connettivo, va soggetto a tutte le svariate lesioni che colpiscono le altre parti dello scheletro; sia perchè, per certe sue particolarità morfologiche (cavità pneumatiche, denti) va incontro ad altri speciali patimenti; finalmente perchè, dati gl'intimi rapporti tra cranio ed encefalo, molte sono le malattie che dal contenente si fanno sentire sul contenuto e che reciprocamente da questo si inscrivono su quello.

L'esame obbiettivo röntgenologico del cranio prende oggi risolutamente uno dei primi posti nel complesso dell'esame obbiettivo generale e in molte specialità, nè omai dovrebbe venir più trascurato, come complemento dei vecchi mezzi d'indagine, per tutti quei pazienti in cui vi siano

sospetti o ragioni fondate di pensare ad una lesione endocranica.

Non solo la *clinica* nelle sue varie branche è chiamata ad approfittare di tali ricerche, ma anche altri rami della biologia, per es. l'*anatomia normale descrittiva* e *comparata* (proiezioni semplici e stereoscopiche) e l'*antropologia* (misurazioni dei più diversi diametri ed angoli sul vivo).

Per quanto spetta la *clinica* è tuttavia da notare, che per spremere da queste ricerche il massimo dell'utile, bisogna affacciare al röntgenologo un determinato quesito.

La premessa di un quesito ben posto conduce sovente con poche proiezioni, cioè in modo rapido, economico, non pericoloso per il paziente, alla soluzione giusta. Ne segue che non può scegliere la tecnica più acconcia al problema da studiare che chi è in grado di intenderlo, cioè un medico; nè può interpretare esattamente i dati radiografici che un medico già bene addentro in questi studi, e che possegga a fondo l'anatomia radiografica normale e patologica del cranio.

La *radioscopia* in questo campo non serve. Solo la *radiografia* può fornire dati veramente attendibili. La *tecnica radiografica del cranio* comprende oltre venti proiezioni tipiche.

Si distinguono: 1. Malattie primitive della scatola cranica — 2. Lesioni del cranio secondarie ad alterazioni del suo contenuto — 3. Alterazioni del cranio che cadono direttamente nel campo della rinologia, otologia, oftalmologia, odontologia.

I. L'A. prende in considerazione anzitutto i *corpi estranei* e le *lesioni traumatiche* (fratture della volta, della base; diagnosi differenziali con aspetti normali; importanza medico-legale della radiografia delle fratture; postumi delle fratture craniche). Per i corpi estranei (*proiettili*) descrive un mezzo semplice, radiografico e radioscopico, di localizzazione, già in parte pubblicato (Martinelli, Ferrari).

Mostra quindi esempi di fratture del cranio, di proiettili endocranici; malformazioni craniche; un caso di *oxicefalia* con cecità in bimbo (sindrome *oxicefalica* del Bertolotti); un caso di *oxicefalia* in vecchio senza disturbi visivi; casi di *idrocefalo cronico*; cranio di un bimbo *mixedematoso con sella turcica allargata;* casi di *tumori ossei* e di *sifilide del cranio.*

II. Le parti molli endocraniche, sia in condizioni normali che patologiche, se non contengono calcio (come non di rado avviene per la *ghiandola pineale* sana), e le patologiche se non invadono una cavità pneumatica, non sono direttamente visibili coi raggi X. Si richiama perciò alle esperienze classiche di Obici e Bollici, e dell'Oppenheim.

Reperti importantissimi sul contenuto cranico anomalo ci fornisce spesso lo studio delle modificazioni e lesioni che le pareti del cranio subiscono in certe evenienze.

L'A. descrive in breve il quadro generale e parziale delle alterazioni (assottigliamento delle pareti craniche; impressioni digitate molto manifeste, eminenze mammillari ben pronunziate; forami emissari, vene diploiche allargate; solchi molto profondi di certi seni; deiscenza di alcune suture; ampliamento dell'ingresso e della cavità della sella turcica, ecc.) prodotte da un notevole aumento cronico, diffuso o circoscritto, della pressione endocranica, da qualunque causa provenga.

Stabilita l'anatomia radiografica normale della sella turcica e dei suoi annessi (apofisi clinoidee ant.; seno sfenoidale: Busi, Balli, Bertini), anche in vista dell'ipofisectomia e della trapanazione palliativa della sella (Schüller), passa a dare parecchi esempi con proiezione di casi (alcuni ebbero il controllo necroscopico), dove la sella turcica era più o meno profondamente alterata (allargata, corrosa, distrutta) per *tumori endosellari* (con o senza acromegalia); per *tumori soprasellari;* per *aumento generale della pressione endocranica* (diagnosi radiografica differenziale e difficoltà).

Proietta i diapositivi di alcuni altri casi di pressione endocranica aumentata. Enumera, riassumendo, in quali contingenze si hanno segni radiografici dell'aumentata pressione endocranica (craniostenosi; idrocefalo cronico; tumori; epilessia; emicrania; certe psicosi, ecc.).

III. Accenna alla tecnica più acconcia per mettere meglio in evidenza i seni frontali, le orbite, le cellule etmoidee, i seni mascellari, i seni sfenoidali, le cellule mastoidee. Tutte le cavità pneumatiche si veggono ben trasparenti quando contengono aria in quantità normale e hanno pareti di struttura e spessore normali; sono più o meno opache quando l'aria vi diminuisce, qualunque ne sia la causa (essudati, versamenti sanguigni, fratture, granulazioni, tumori molli ed ossei, ecc.), o le loro pareti ossee si ingrossano, si addensano.

Proietta casi di queste diverse malattie (infiammazioni dei vari seni; frattura del seno frontale, odontoma, sarcoma, cisti dermoide con germe dentario dell'antro mascellare, tumore del seno sfenoidale, ecc.).

Riassume in breve la sindrome radiologica dei tumori dell'acustico (Schüller). Parla della ricerca dei *corpi estranei dell'orbita.* L'importanza dei raggi X nell'*odontologia* è grandissima. Accenna alla tecnica quale fu da lui già sviluppata in altro lavoro. (*La Stomatologia*, anno VI e VII). Proietta i radiogrammi delle più diverse lesioni dei mascellari e specialmente della mandibola (radici rimaste nel mascellare superiore, fratture,

cisti ossee, osteomielite, tumore maligno della mandibola) e dei denti, ottenuti sia col metodo orale, sia col metodo extraorale.

Dott. **Pasquale Tandoja.** *La radiologia dell'intestino.* — L'O. passa in rassegna tutta la patologia intestinale che si giova dell'indagine röntgenologica e, corredando il suo dire colla dimostrazione di una serie di bellissime radiografie, mette in rilievo tutta l'importanza assunta dai raggi X nella diagnosi delle malattie dell'intestino.

Si sofferma specialmente sulle sindromi radiologiche importanti dell'ulcera e della stenosi del duodeno, dimostrandone esempi tipici, diagnosticati coll'indagine radiologica.

L'oratore passa in seguito ad illustrare l'importante capitolo delle affezioni del tenue, in cui egli registra un'osservazione di una stenosi alta, clinicamente sicura, non rilevabile con la sindrome radiologica comune, ma con la constatazione di anse fortemente distese da gas che l'irrigazione del colon dimostra appartenere al tenue. Questo segno ritrovato finora solamente nell'occlusione acuta del tenue, deve, per assurgere a dignità di dato sicuro di stenosi nel tenue, essere confermato con reperti autotoptici.

Il vasto capitolo del colon, sia nella sua funzione normale e patologica, che nelle alterazioni morfologiche, è nel modo più completo illustrato: non vi è punto in cui l'oratore non apporta il contributo della sua esperienza o di studi e ricerche speciali, la valvola ileo-cecale, l'appendice, le aderenze, le fissazioni, ecc.

L'oratore si sofferma con una ricca documentazione sugli spostamenti che il colon subisce per le tumefazioni, tumori ed ascessi nell'ambito dell'addome — il cosidetto comportamento del colon — e dimostra fra altro come nelle tumefazioni renali esso è vario da una parte per il preesistente stato anatomico del colon (varietà fisiologiche, ptosi) e d'altra parte per la situazione non sempre identica del rene (ectopia congenita, ptosi) e per il differente modo come patologicamente esso può aumentare di volume.

L'oratore dopo avere mostrata qualche rara anomalia di posizione del colon, passa a trattare della flessura sigmoidea, di cui mostra le numerose varianti nel campo del normale, nella lunghezza, forma, situazione. Fa rilevare che questa nello stesso individuo è variabile per la pressione endo-addominale varia e per l'intervento di spasmi nel ginocchio *setto-romanum*, per cui risalendo fin oltre l'ombelico essa può comprimere lo stomaco, che può presentare una falsa biloculazione o un difetto limitato di riempimento come nei tumori.

Nella trattazione dei tumori e delle stenosi, l'oratore apporta ancora un nuovo contributo, segnalando alcune norme importanti di tecnica, che a lui hanno dato modo di svelare dopo il vuotamento del liquido dell'irrigazione, stenosi che avevano pertanto permesso al liquido di superarle senza arresto, o incompleto e irregolare limitato riempimento.

In tutta la trattazione del lavoro appare in ogni punto la cura costante dell'oratore di orientare la ricerca Röntgen con l'osservazione clinica completa del malato e di accettare ed utilizzare solo i dati che costanti si sono avuti in ripetute osservazioni.

L'oratore in ultimo dice che la radiologia dello intestino deve i suoi progressi all'intima collaborazione dei radiologi con i chirurghi; su questa via essa ha in sè i germi di nuove conquiste anche nella immane lotta che la scienza e la pietà umana compiono per scoprire in alcuni tristi morbi le prime fasi ingannatrici; ma essa ha bisogno che in questo periodo i malati sieno a lei inviati: essa ha bisogno dell'ausilio dei medici.

Prof. **Mario Bertolotti.** *La Röntgen- e la radiumterapia nelle forme ginecologiche.* — Analizzando le numerose osservazioni dei vari autori e le personali, si può ritenere che la ginecologia abbia realmente trovato nella radioterapia un valido sussidio nei seguenti casi:

1° nelle forme dismenorroiche di qualunque età;

2° nelle metropatie emorragiche al di là dei 40 anni;

3° nella fibromiomatosi dell'utero tra i 40 e i 50 anni.

Non è che a prezzo di parecchi anni di esperienze che queste indicazioni si sono potute stabilire.

Le controindicazioni riguarderebbero specialmente i miomi suppurati, calcinati, polipiformi e gli adenomiomi. Nei casi di miomi voluminosi a rapido sviluppo con sintomi di compressione sulla vescica, l'intervento chirurgico dovrà essere preferito, così dicasi di tutti i casi di tumori cistici con aspetto di degenerazione carcinomatosa o sarcomatosa.

Le forme infiammatorie croniche degli annessi debbono sconsigliare la radioterapia. Così nelle infezioni con febbre, nella gravidanza e negli stati cachettici.

In principio si era ammesso che le metrorragie molto abbondanti dovessero costituire una controindicazione alla cura röntgenologica.

Parecchi autori però si sono opposti a questo criterio, facendo osservare che tali controindica-

zioni s'impongono ancora più energicamente per l'intervento chirurgico ed insistendo invece sulla urgente opportunità di trattare coi R. R. le pazienti sofferenti di miocardite, anemia grave, o con complicazioni cardiache o renali.

Secondo la maggioranza degli autori colla cura Röntgenologica dei mioni si otterrebbe realmente un'influenza favorevole sulla funzione cardiaca. Personalmente l'A. ha potuto seguire due casi di *miocardite miomatosa* migliorati notevolmente durante le irradiazioni.

Un altro punto importante da stabilirsi è quello che riguarda le indicazioni in rapporto all'età.

Nel fissare questo limite, quasi tutti gli autori sono d'accordo nello stabilire come limite *optimum* quello tra i 40 ed i 50 anni, tenendo conto, bene inteso, delle differenze individuali e delle speciali opportunità.

Certo non converrà mai insistere a lungo nella radioterapia con donne giovani al disotto dei 40 anni, in cui riesce più difficile lo stabilirsi della menopausa artificiale e della sterilizzazione. Come giustamente osservano Runge Fiessler e Albers-Schönberg, una cura radiologica troppo prolungata in giovani donne, può portare a delle alterazioni delle ovaie capaci di influire sul ricambio con anomalie di sviluppo.

L'A. ha curato dal 1908 ad oggi 35 casi così ripartiti:

21 casi di fibromiomatosi;

14 casi di metropatie emorragiche.

Su 21 casi di miomi ha ottenuto in 10 casi la amennorea colla riduzione del tumore, ed in 8 casi l'oligomennorea; un caso fu operato in corso della cura, ed in due si ebbe un completo insuccesso (miomi peduncolati sottosierosi). La sua statistica per i miomi porterebbe ad una percentuale soddisfacente dell'86 % di guarigioni cliniche.

Su 14 casi di metropatie emorragiche l'oligomenorrea si stabilì in 4 casi ed in 8 si ottenne l'amenorrea totale; l'età era in questi casi oscillante tra i 40 ed i 50 anni.

Quanto alla tecnica, siccome in realtà le radiodermiti tardive sono state osservate unicamente da quegli autori che hanno usato il metodo di Bordier, cioè quello delle dosi massive, rimane giustificata la tendenza di Beclère, Belot e di altri molti, di voler operare con maggiore prudenza.

Un buon criterio sarà quello di non fare mai assorbire alla cute più di 5-6 H. ogni 15 giorni e di misurare le variazioni delle pastiglie radiocromometriche *situate sopra e non sotto il filtro d'alluminio*. Una dose cumulativa di 40-50 H. rappresenta già un *maximum* che non si deve oltrepassare se non in casi speciali e ribelli.

In conclusione, oggi la nostra esperienza si basa sopra un materiale imponente di osservazioni concernenti la radioterapia dei fibrimiomi. È ormai acquisito il fatto dell'azione costante della radioterapia sulla funzione mestruale e sulle perdite sanguigne; azione dovuta all'influenza distruttiva che i raggi Röntgen esercitano sulle ghiandole sessuali femminili.

L'azione dei raggi Röntgen sui fibrimiomi è duplice: cioè azione ovarica indiretta ed azione diretta sulle cellule tumorali.

Il metodo Röntgen non presenta alcun pericolo con una tecnica prudente; in queste condizioni i disturbi leggeri osservati in seguito alle radiazioni sono incostanti e di corta durata, e le lesioni cutanee rimangono ridotte a cosa trascurabile.

Col metodo Röntgen la percentuale delle guarigioni ottenute è notevolissima: nella maggioranza dei casi la cura radioterapica dei miomi conduce con certezza ad una guarigione permanente. Tuttavia esistono certi miomi assolutamente refrattari ai raggi Röntgen.

Quanto al radium esso venne applicato in ginecologia la prima volta da Abbé (1905) in due casi di carcinoma del collo dell'utero, poi da molti altri contro le metriti emorragiche, i fibromi, le annesiti acute e croniche, le perimetriti e sopratutto il cancro dell'utero.

Nella cura col radium del carcinoma dell'utero si ottennero sul principio dei risultati semplicemente palliativi: specie dal lato analgesico (1905-1910), ma non troppo incoraggianti. La cura del cancro dell'utero col radium non ha cominciato a dare risultati estremamente interessanti che da un paio di anni, e cioè da quando si è pensato di adottare *il metodo delle radiazioni ultrapenetranti con dosi massive di* 20-30 *centigr.* (Dominici).

Cheron e Rubens-Duval impiegando il metodo di Dominici hanno ottenuto sopra 53 casi trattati, la cicatrizzazione perfetta delle lesioni in 18 casi che persistono in istato inalterato da otto mesi.

Il radium pare agisca più favorevolmente sulle forme di cancro vegetante (Jeanne et Née). Attualmente il criterio più razionale che va diffondendosi, è quello di impiegare la radiumterapia massiva in seguito all'intervento chirurgico.

In Germania in questi ultimi tempi ha preso voga l'applicazione del mesothorium; però trattandosi di forme neoplastiche, i sali di radium debbono avere la prevalenza; recentemente al Congresso di Londra, parecchi tra i più autorevoli autori tedeschi, hanno riconosciuto la praticità del metodo delle dosi massive colle radiazioni ultrapenetranti introdotto da Dominici.

Dai tentativi fatti da tutti questi osservatori, risulterebbe che realmente il radium avrebbe un effetto curativo e non soltanto palliativo.

Oltre all'applicazione delle dosi massive con radiazioni ultrapenetranti per le forme neoplastiche della vagina o del collo o anche dei genitali esterni, furono adoperati con buoni risultati i cataplasmi di fanghi actiniferi, le irrigazioni colle acque radioattive ed anche l'elettrolisi del radium.

Miomi e fibromi. È difficile attualmente poter decidere se il trattamento col radium e col mesothorium nella cura dei fibromiomi sia superiore alla radioterapia. I raggi Röntgen pare abbiano un'azione diretta più efficace sui miomi, però, secondo Krönig e Gauss, il metodo ora in voga nella loro clinica di Friburgo consiste in una combinazione della radioterapia col mesothorium, specie nelle pazienti giovani. Il mesothorium può essere applicato internamente per la via vaginale od intra-uterina.

Con questo sistema si otterrebbe molto rapidamente l'amenorrea; però in qualche caso il mesothorium ha dato luogo a reazioni a distanza sulle ghiandole vascolari a secrezione interna e specialmente a tumefazioni della tiroide.

Anche l'ematometra sarebbe una complicazione avutasi in seguito all'introduzione endouterina del mesothorium.

Quindi l'indicazione di adoperare a preferenza i sali di radium e non il mesothorium anche nel metodo misto radio e radiumterapico dei fibrimomi, che è stato preconizzato e tentato per la prima volta da Cheron e Rubens-Duval con risultati veramente soddisfacenti.

Un fatto intrressante sarebbe che colle irradiazioni ultrapotenti del radium a dosi terapeutiche, non si otterrebbe la sterilizzazione dell'ovaio. Infatti dopo l'irradiazione fatta col metodo Dominici su sei cavie femmine colla dose e colla intensità usata in ginecologia, si notò che tutte le 6 cavie irradiate furono fecondate.

Metrite. Oudin, Verchère, Wicklam, Degrais, Cheron, Faber e Bender hanno ottenuto dei risultati eccellenti con applicazioni di durata variabile da pochi minuti a 24 ore.

Salpingiti. Risultati positivi (Cheron) si ebbero con salvaguardia della funzione ovarica (21 casi di gravidanza dopo la cura su 171 operazioni).

Molti sperimentatori si occupano attualmente del radium e delle sue applicazioni terapeutiche in ginecologia; i risultati ottenuti sono tali da incoraggiare sempre più nella via intrapresa.

Questa questione, messa all'ordine del giorno nel recente Congresso di Londra, col suffragio di tutti gli autori riveste addirittura una importanza sociale di prim'ordine. Si è visto oggigiorno che per fare della radiumterapia attiva ci vogliono delle dosi elevate di 20-30 centigr., dosi che rappresentano dei capitali ingenti e che sono attualmente a disposizione di pochi grandi centri privilegiati. In Italia finora la radiumterapia a dosi massive rappresenta soltanto un ideale che non è stato realizzato da nessuno, e questo stato di impotenza in un campo di ricerca così fecondo e benefico, è da augurarsi che cessi al più presto possibile. A. A.

Reale Accademia delle scienze di Bologna.

Comunicazioni di interesse medico-chirurgico.
Anno accademico 1912-913.

Ivo Novi. *Il meccanismo di azione del lievito di birra nelle digestioni e fermentazioni gastrenteriche.* — È noto che il lievito di birra si usa contro le fermentazioni anormali del tubo gastroenterico e si ammette che per questo meccanismo valga fra l'altro a guarire o correggere le forme di acne sebacea, e di eritemi tossici da dispepsie varie. Non è determinato se tale azione si compia per lo svilupparsi del fermento, o semplicemente per la sua vitalità e conseguenti influenze chimiche o per fatti di eccitamento sulle secrezioni, o sull'apparecchio motorio o infine per influenza sugli stessi enzimi digerenti. Ha potuto dimostrare che il lievito di birra stimola a maggiore azione la pepsina nelle digestioni artificiali e che la pancreatina, per quanto almeno si riferisce alla sua azione amilolitica, trovandosi insieme a lievito di birra, diventa più attiva del doppio o del triplo, effetti molto più intensi di quelli che si erano veduti per la pepsina. E si noti che il lievito di birra dimostrò di non possedere nessuna azione amilolitica, il che del resto è ammesso dalla massima parte degli osservatori. Avendo l'A. osservato in altre esperienze non ancora pubblicate che la pancreatina è atta a formare H_2S del solfo elementare, e ricordando le belle esperienze di De Rey Peilhade su la presenza di una sostanza nel lievito di birra atta a compiere cotesta trasformazione del solfo e chiamata per questo *filotione*, ha attribuito in parte l'azione acceleratrice del lievito di birra al filotione che esso contiene. Il filotione sebbene presenti una minore azione potrà risparmiare ad alcuni malati quei disturbi che si accompagnano alla proliferazione del lievito o alla formazione di prodotti secondari.

Guido Tizzoni e **G. De Angelis.** *Studi intorno alla biologia ed alla morfologia dello streptobacillo pleomorfo della pellagra.*

Pietro Albertoni. *Sulle condizioni che regolano i processi biochimici del fegato e dei muscoli.*

G. M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Della pneumonite abortiva

per il dott. ALFONSO RICCIARDELLI.

Tralasciando di accennare allo studio sulla pneumonite nei primi suoi due periodi storici, quando cioè si cominciò a tentare la distinzione di essa dalla pleurite e si giunse poi a distinguere solo quantitativamente le due malattie, posteriormente con Laënnec, epoca in cui la diagnosi di tale affezione si rese precisa mercè l'esatta osservazione semiologica, e consecutivamente con Friedländer e Fränkel, quando essa venne più rigorosamente confermata per la scoverta del microorganismo patogeno, gli studi sul detto morbo furono pregevolissimi ed utilissimi.

Difatti, mercè tali studi ed accurate osservazioni si ebbe a constatare, oltre alla forma tipica a decorso clinico, la pneumonite dei bambini, quella dei vecchi, dei bevitori, degl'individui in preda a malattia cronica, la pneumonite tifosa, l'astenica, la forma rudimentaria ed abortiva e quella con risoluzione ritardata.

Tutte forme morbose che clinicamente hanno un'importanza notevole, e sono da prendersi nella massima considerazione dal medico pratico, specie sotto il punto di vista della terapia e della prognosi.

Persistere però oggi ancora sulla ricerca e sulla constatazione di quelle forme morbose, specie di quella ritenuta più rara, cioè della forma abortiva (1) a semplice scopo di statistica senza portare alcuna novità clinica, mi sembra un lavoro inutile o per lo meno poco proficuo.

Ciascun medico che ha una certa pratica professionale e che esercita specialmente in un paese che, per le condizioni metereologiche, offre di frequente malattie acute delle vie respiratorie, possiede un discreto patrimonio di osservazioni proprie delle svariate forme cliniche di pneumonite, dalle più semplici alle più complicate, dalla forma tipica a decorso ciclico a quella abortiva o con risoluzione ritardata.

Forse s'insiste su tale argomento per eliminare ancora quella strana impressione che per lo passato molti a tutta prima provavano sentendo parlare di pneumonite di un giorno tanto da ricorrere all'errore di diagnosi per spiegarlo, come dice il Maragliano, oppure, non negando la diagnosi, da ammettere il meraviglioso?

Forse si ritiene in tal modo di ribadire sempre più il concetto che è completamente errato il ripetere e ripetere, come un tempo, che la pneumonite deve durare sette giorni in tutti?

Secondo le vedute scientifiche moderne sono purtroppo noti i fattori patogenetici della crisi nella pneumonite.

L'essenza di essa, come di tutte le malattie infettive, sotto il punto di vista della patologia, è costituita dalla lotta che si compie fra l'organismo invaso ed il germe infettivo; dimodochè organismo e pneumococco sono i due elementi precipui che determinano il decorso del suddetto morbo.

L'organismo verso lo pneumococco può avere una disposizione individuale o familiare, una immunità relativa od assoluta, congenita od acquisita, come pure lo pneumococco può essere più o meno virulento nel momento della sua invasione.

Mettiamo da parte l' organismo disposto a subire l'azione patogena dello pneumococco, quello, cioè, in cui mancano le sostanze di difesa di natura generale e specifica che possono inibire l'attecchimento e lo sviluppo del suddetto germe; non soffermiamoci sull'organismo con immunità assoluta, giacchè in esso il quantitativo delle suddette sostanze è tale da renderlo del tutto refrattario, ma consideriamo brevemente quello con immunità relativa, congenita od acquisita.

L'organismo relativamente immune, quale si riscontra nella maggioranza degli individui, possiede in varia misura le suddette sostanze di difesa di natura generale e specifica.

Per condizioni speciali può verificarsi in un momento una diminuzione di questa resistenza organica per cui l'agente pneumonico può attecchire e svilupparsi determinando l'infezione. Senonchè l'organismo impegnato nella lotta, stimolato dallo stesso agente infettivo, o meglio, dalle sue tossine, produce, come è risaputo, quando il processo volge a guarigione, ulteriore e maggiore quantità di sostanze difensive specifiche, le

(1) Lo Sperimentale, 1900, fasc. II; Münch. med. Woch., 1905, n. 44; La Clinica Med., 1906, n. 13.

quali finiscono col neutralizzare le suddette tossine sino ad autoimmunizzare sè stesso e creare così un terreno inadatto allo sviluppo ulteriore del germe.

Questo lavorìo organico, a secondo che sia più o meno ricco e rigoglioso, determina un decorso più o meno breve del morbo.

D'altra parte l'agente infettivo, che può essere più o meno virulento, può resistere più o meno a lungo nella lotta e quindi determinare da parte sua una durata maggiore o minore della malattia. Dimodochè dallo studio della lotta di questi due fattori scaturisce il meccanismo patogenetico della crisi nella pneumonite. Questo però avviene nella guarigione spontanea, naturale, senza l'intervento di alcuna terapia.

Ma d'ordinario il pneumonitico viene curato e, da parecchio tempo in qua, viene sottoposto ad una terapia che può dirsi specifica.

Mercè gli studi della scuola di Genova, specie del Lucatello, è stato dimostrato che la digitale ad alta dose ha un potere battericida ed antitossico contro l'infezione pneumonica.

Ora sottoponendo l'infermo, come suol farsi, alla cura digitalica ad alta dose, noi veniamo ad aggiungere un altro elemento ai due fattori anzidetti, il quale oltre a moderare il decorso del morbo ne abbrevia anche la durata, come lo stesso Maragliano afferma a proposito della nota di Bechtoldt sulle polmoniti di un giorno.

Sicchè, ricapitolando, l'organismo, la terapia digitalica e lo pneumococco sono i tre fattori che vanno in giuoco sul meccanismo patogenetico della crisi pneumonica, la quale è rappresentata dall'immunizzazione dell'individuo contro il germe nello stesso modo come si verifica in tutte le malattie d'infezione. Dalla varia efficienza poi dei primi due fattori rispetto all'altro può ottenersi l'immunizzazione in diverso periodo di tempo, fra 7 od 8 giorni, fra 4 o 5, ed anche dopo un giorno, come può aversi anche dopo otto giorni.

Dimodochè qual meraviglia nella rara constatazione della pneumonite cosidetta abortiva?

Non dovrebbe viceversa sorprendere piuttosto la costante osservazione della sua forma a decorso ciclico che è la più comune?

È molto semplice ed agevole forse ammettere nel maggior numero degl'individui identica resistenza organica ed indentico potere patogeno dello pneumococco?

La pneumonite abortiva quindi non merita speciale menzione rispetto a quella con decorso settenario o con risoluzione ritardata se non per quanto riguarda solamente il suo breve cielo immunizzatorio, dovuto a speciali condizioni dell'organismo, coadiuvate alle volte da un'opportuna terapia e favorite da un attenuato potere patogeno dello pneumococco.

Pico (Caserta), luglio 1913.

CASISTICA e TERAPIA

Sulla patogenesi della tubercolosi apicale.

Dopo la prima constatazione di Luis e di tutti i clinici maggiori, i quali si sono occupati del problema della patogenesi della localizzazione apicale della tubercolosi, un numero straordinario d'ipotesi più o meno giustificate è stato emesso, non solo per spiegare la localizzazione apicale in genere, ma la localizzazione sull'apice di sinistra in ispecie.

Una serie di lavori del Molle (*Le Bull. méd.*, 10 sett. 1913) tendono a sostenere una nuova ipotesi, fondata su presupposti biologici più che su esperienze anatomo-fisiologiche: la primitiva localizzazione della tubercolosi negli apici sarebbe dovuto ad una supposta peculiare distribuzione dei nervi conduttori del trofismo bronco-polmonare.

Il punto di partenza delle concezioni etiologiche dell'A. è nella supposizione di uno squilibrio trofico tra il lato destro e sinistro del corpo, ipotesi avvalorata da induzioni cliniche.

Le due parti del corpo umano presentano in genere una disuguale resistenza, che spiega la frequenza maggiore di determinate affezioni nella metà sinistra del corpo: le varici ad esempio predilignoo la metà sinistra del corpo; per l'A. questo fatto è dovuto ad una acquisizione autogenetica, nell'inferiorità trofica cioè di uno dei lati del corpo.

Nel polmone l'innervazione trofica è data principalmente dal vago; tra i due nervi sinistro e destro esistono numerose anastomosi; la motolità, la sensibilità bronchiale e pleurica sono esclusivamente sotto la dipendenza del vago; se per poco si supponga che i filetti terminali del vago destro e del sinistro non si distribuiscono in proporzione eguale in tutta l'estensione del territorio bronco-polmonare e che alcune parti di questo territorio ricevono la loro innervazione trofica più esclusivamente dall'uno che da tutti e due questi nervi, e se precisamente tali condizioni si verificano più specialmente negli apici, s'intende

facilmente l'insorgenza in determinati punti della localizzazione polmonare.

Nè sperimentalmente, nè anatomicamente è possibile verificare questa ipotesi, per la fine rette nervosa dello pneumogastrico e del simpatico che presiedono all'innervazione polmonare; in favore invece dell'ipotesi sta il fatto clinico, che in esso trova facile spiegazione.

In realtà in alcuni soggetti (*debolezza sinistra*) l'invasione bacillare si porta specialmente in due regioni differenziate dell'apice, polo anteriore sinistro (fossa sottoclaveare), polo posteriore destro (fossa sopra e sottospinosa, spazio vertebro-scapolare); viceversa in altri (*debolezza destra*) la distribuzione si fa nel polo anteriore destro e nel polo posteriore sinistro; tale legge è stata confermata da Marfan. Secondo la teoria dell'A. la pullulazione bacillare avviene con una predilezione in tali territori insufficientemente irrigati dal punto di vista trofico, e precisamente innervati da uno solo dei due vaghi.

La nuova ipotesi dell'autore è basata quindi su un presupposto anatomico e fisiologico « lo squilibrio trofico di origine nervosa », ma la ipotesi è ben lungi dall'avere una sola prova sperimentale.

t. p.

Gli elementi per la prognosi nella tubercolosi polmonare.

Nella tubercolosi polmonare cronica dell'adulto secondo L. Bernard (*Le Journ. méd. franç.*, 15 agosto 1913) i segni fisici forniscono scarsi elementi pronostici, poichè l'evoluzione e la durata di un caso determinato non sono sempre corrispondenti ai caratteri anatomici: tubercolosi cavitari possono vivere per dieci, quindici anni, malati che presentano lesioni poco avanzate possono soccombere dopo breve periodo di tempo. Un valore maggiore per la prognosi ha invece la tendenza evolutiva della tubercolosi. Bezançon e la sua scuola hanno messo nella sua luce l'importanza del periodi di tregua e delle *poussées* di recrudescenza delle lesioni polmonari tubercolari: la presenza e l'intensità delle *poussées* evolutive indicano una gravità particolare.

I sintomi locali della malattia non possono mai essere considerati come aventi un valore unico; il loro valore muta a seconda delle particolari condizioni che lo determinano, a seconda del terreno nel quale il processo morboso si svolge: così la dispnea, che in alcuni casi rivela una rapida evoluzione, tal' altra invece insorge in una tubercolosi fibrosa di prognosi non gravissima, come sintomo di una forma enfisematosa od asmatica; l'emottisi stessa è talora la conseguenza d'una *poussée* evolutiva, talora essa si verifica in una tubercolosi sclerotica.

Febbre e dimagramento vanno considerati con attenzione tra i sintomi generali; alcune localizzazioni (enterite, laringite) aggravano la prognosi della tubercolosi polmonare, alcune complicazioni come la nefrite tubercolare idropigena, devono essere considerate come complicazioni fra le più gravi.

Il valore della pressione arteriosa, già da Marfan messo in evidenza, è ripreso di nuovo da L. Bernard il quale ritiene che queste variazioni della pressione arteriosa fanno parte d'un insieme di fenomeni che individualizzano in certo qual modo le forme della tubercolosi polmonare: così le tensioni media e bassa si osservano nella tubercolosi caseosa cronica, le tensioni normali o appena deboli nelle forme fruste o abortive, le tensioni normali o forti nelle forme fibrose ed enfisematose; le tubercolosi acute si accompagnerebbero sempre a pressione molto bassa.

Circa il terreno sul quale il processo tubercolare si svolge Bernard ritiene che l'artritismo costituisce una condizione per un'evoluzione favorevole della malattia; in essi il processo ha maggior tendenza a provocare il tessuto fibroso e l'asma o l'enfisema, che non la caseificazione.

Un'infeziona sifilitica recente aggrava la prognosi della tubercolosi, che può assumere un andamento acuto; una sifilide antica dispone invece alle reazioni sclerotiche, e la tubercolosi il più spesso avrà carattere sclerotico più che caseoso.

Bernard non crede che l'alcoolismo predisponga ad aggravi la tubercolosi polmonare: il parallelismo si spiegherebbe per le deplorevoli condizioni d'igiene e d'alimentazione che porta con sè l'alcoolismo, vero fattore di miseria fisiologica e sociale.

Il grave alcoolismo rende più gravi le condizioni del processo tubercolare, ma l'intossicazione alcoolica modica pare ostacoli piuttosto che favorisca la riproduzione del bacillo di Koch; Bernard ha spesso veduto la tubercolosi presentarsi negli alcoolisti sotto la forma fibrosa.

Un interesse considerevole dal lato pronostico ha la conoscenza di un'affezione anteriore tubercolare; ma è nozione molto difficile ad accertare: in genere si ammette che la tubercolosi si contragga nella prima età, e che solo tardivamente il più delle volte si manifesti. Certo l'aver sofferto di lupus o di adeniti tubercolari costituisce una delle ragioni di immunità contro la tubercolosi polmonare; però la legge è vera solo se un lungo spazio di tempo ha separato l'affezione ganglionare dall'infezione polmonare.

Circa il valore della cutireazione, Bernard ritiene in tesi generale che le reazioni medie si hanno nei malati che sopportano bene le lesioni spesso avanzate, le reazioni leggere nei tubercolosi avanzati con lesioni caseose e cattivo stato

generale, reazioni nulle nei casi avanzati della malattia.

Durante una *poussée* una cutireazione negativa può avere valore pronostico grave, e viceversa; ma accidenti intercorrenti, complicazioni improvvise possono modificare tale valore pronostico.

L'analisi dunque dei vari sintomi, lo stato della pressione del sangue, la tensione arteriosa, una cutireazione, l'esame del terreno sono buoni elementi per il giudizio pronostico.

t. p.

Diagnosi e terapia della tubercolosi renale.

Il medico pratico, dice il Pauchet (*Le Bulletin médical*, 6 agosto 1913), deve pensare alla tubercolosi renale tutte le volte che osservi un solo dei sintomi seguenti: ematuria transitoria, fenomeni di cistite (disuria, pollacuria, urine torbide), albuminuria lieve, dolori renali.

Si dovranno in questi casi eliminare tutte le altre cause comuni di cistiti: calcoli, blenorragia ipertrofia prostatica, tumori. La diagnosi sarà poi confermata dal cistoscopio, dal cateterismo ureterale, dall'esame istologico, dall'esame batteriologico delle urine.

La tubercolosi renale può presentare due forme anatomo-patologiche: non ha interesse chirurgico la forma miliare, espressione di una infezione bacillare generalizzata; la forma caseosa localizzata al rene, a decorso lento, si presta ad un trattamento chirurgico radicale.

Nell'80 per cento dei casi la tubercolosi renale è unilaterale; nelle autopsie invece il rapporto percentuale è invertito, in quanto che il secondo rene si è infettato secondariamente.

L'infezione bacillare del rene si stabilisce per via sanguigna. L'uretere e la vescica si infettano secondariamente per le urine. La tubercolosi primitiva della vescica è molto rara: nove volte su 10 è consecutiva a tubercolosi renale, ed una volta a tubercolosi dei testicoli e delle ovaia.

L'inizio della malattia è subdolo, e difficilmente si può precisare la data. I sintomi seguenti appaiono all'improvviso, ed uno solo di essi può bastare per la diagnosi: ematuria che dura 2-3 giorni, disuria e tenesmo vescicale, poliuria con lieve albuminuria o lieve piuria, dolori renali. La febbre non esisterebbe, finchè non si stabilisca un'infezione secondaria. Il rene solo di rado è aumentato di volume. Se si ritarda l'intervento lo stato generale deperisce sempre più, per effetto del riassorbimento delle tossine e dei dolori ostinati che tolgono il sonno, manca l'appetito, viene la febbre, ecc.

La ricerca dei bacilli nelle urine è positiva 4 volte su 5. La diagnosi è generalmente facile per la presenza di questi sintomi. Eliminata ogni altra causa di cistite, si deve ammettere una lesione renale, e quasi sempre la tubercolosi renale. L'esame cistoscopico ed il cateterismo degli ureteri sono indispensabili. Il rene sospetto dà una urina pallida, abbondante, contenente leucociti o bacilli di Koch, a peso specifico basso, ciò che indica la diminuzione della funzione renale.

Occorre poi sapere se la tubercolosi è localizzata ad un solo rene. Alla cistoscopia, generalmente si vedrà in corrispondenza dell'orificio ureterale del lato malato qualche piccola ulcerazione, nelle vicinanze un aspetto edematoso della mucosa, l'orificio beante, scolo di urine torbide. Il cateterismo ureterale è indispensabile: facendo il cateterismo ureterale dopo un'iniezione di carminio, questo si eliminerà da 10 a 15 minuti dal lato sano; dal lato del rene insufficiente l'eliminazione sarà ritardata. Si farà l'esame microscopico per i leucociti, i cilindri, i bacilli.

Se il rene opposto risulta sano ad ogni ricerca, l'intervento chirurgico dev'essere praticato al più presto. La nefrectomia si impone. Nel 20 per cento dei casi l'uretere è infetto e dev'essere estirpato: spesso basta iniettare nel suo lume dell'alcool assoluto o dell'acido fenico e legarlo con catgut; la sostanza caustica distrugge e sclerotizza l'uretere.

All'inizio del processo, essendo questo localizzato nel polo superiore, alcuni autori hanno proposto la resezione parziale del rene: metodo molto pericoloso per la frequente presenza di focolai microscopici disseminati nella porzione rimasta del rene.

Se il cateterismo dimostra la presenza di bacilli in ambedue i reni, e se il rene che risulta meno malato è ancora sufficiente, e il paziente è ancora in condizioni discrete di resistenza, si può estirpare il rene maggiormente infetto. Il rene residuo si ipertrofizza, e sotto l'influenza della congestione fisiologica i rari tubercoli vengono distrutti od incapsulati.

Se per le cattive condizioni della vescica non si può praticare il cateterismo degli ureteri, prima della nefrectomia bisognerà accertarsi delle condizioni dei reni mediante due incisioni lombari.

I chirurgi più autorevoli hanno una mortalità di circa 6 a 7 per cento. Nei tre quarti dei casi, gli operati guariscono definitivamente. Gli altri presentano disturbi vescicali, insufficienza renale, recidiva della tubercolosi; anche in questi casi, il miglioramento notevole e sempre d'una certa durata incoraggia ad intervenire. La guarigione definitiva potrebbe essere costante, se la diagnosi fosse sempre precoce.

P. S.

Emorragia intestinale nella tubercolosi.

Piccole quantità di sangue nelle feci dei malati affetti da tubercolosi polmonare non sono rare, ma l'emorragie di una certa entità sono complicazioni rare della malattia; ed è strano il fatto che in individui che hanno od hanno avuto durante il corso della malattia fondamentale quasi costantemente ulcerazioni intestinali le emorragie di una certa entità debbano considerarsi quasi eccezionali.

Ciò si spiega colla endoarterite obliterante che accompagna ogni processo di tubercolosi e che si verifica anche nelle forme ulcerative gravi della tubercolosi polmonare che decorrono cronicamente.

Il Cruice (*Med. Rec.*, 13 sett. 1913), riferendo quattro casi di emorragie intestinali in tubercolosi ne riassume la patologia. La causa più frequente di tale complicazione è la meccanica; essa per lo più è dovuta alla rottura dei capillari o dei piccoli vasi, e all'autopsia non si viene di regola a riscontrare il vasellino rotto. Esiste anche una forma discrasica di emorragia dovuta a diapedesi in seguito alle alterazioni vasali o sanguigne: in questi casi non riscontriamo alcuna alterazione: per lo più si tratta di forme acute di tubercolosi, specialmente la tifo-bacillare ovvero di esacerbazioni di tubercolosi cronica.

L'emorragia è preceduta frequentemente da sintomi intestinali più o meno accentuati, quali diarrea od emorragie microscopiche: in alcuni casi manca qualunque sintoma premonitorio. In due casi dell'A. si trattò di emorragie mortali, però i pazienti erano affetti da tubercolosi all'ultimo stadio: in una paziente si ebbe pure ematemesi.

La temperatura non sempre si abbassa come nel tifo; si ha però una forte tachicardia che spesso precede l'emorragia. L'emorragia può venire dal colon o dal tenue e ciò si riconosce dal colore del sangue e dall'essere il sangue più o meno mescolato intimamente alle feci.

La prognosi, specialmente nei casi avanzati è grave e per lo più l'emorragia è la causa della morte.

In rarissimi casi il paziente dopo l'emorragia ha potuto migliorare. La cura da tentarsi è quella di ogni emorragia. P. ALESSANDRINI.

Cura diretta della peritonite tubercolare con la tintura di iodio.

L'Hoffmann nel 1912 ha curato con questo metodo i primi quattro casi di peritonite tubercolare. Eseguita la laparotomia e la toilette della sierosa peritoneale, egli ha pennellato con tintura di iodio al 10 %, tutta la superficie del peritoneo parietale ed intestinale. Ed ha ottenuto la guarigione in tutti e quattro i casi.

Il Falkner (*Münchener mediz. Wochenschrift*, maggio 1913), ha applicato lo stesso metodo di cura in due casi di tubercolosi peritoneale, uno dei quali era accompagnato da ascite. Nel primo dei casi curati dal Falkner, si trattava di un ragazzo di 12 anni, che da parecchie settimane accusava dolori nel quadrante destro dell'addome. Febbricitava a tipo etico. All'esame obiettivo si palpava nella regione ileo-cecale un tumore e si riscontrava la presenza di liquido ascitico. Alla laparotomia, il tumore era costituito dall'epiploon; numerosi noduli miliari erano disseminati su tutta la sierosa; l'appendice si presentava di aspetto normale. Pennellato il peritoneo con la tintura di iodio al 10 %, si suturò senz'altro la parete. Dopo 20 giorni era scomparsa la febbre, non v'era traccia di versamento ascitico, nè altri segni fisici patologici all'esame obiettivo dell'addome. Dopo un anno le condizioni generali e locali erano ottime; non v'erano disturbi che facessero sospettare l'esistenza di aderenze peritoneali.

Secondo caso. Una ragazza di 12 anni, affetta da pleurite tubercolare e peritonite con ascite. Fatta la toracentesi, e vuotata l'ascite mediante la laparotomia, introdusse nella cavità peritoneale una compressa di garza imbevuta di tintura di iodio e la passò in giro in tutte le direzioni, quindi la ritirò. Nei primi giorni, dopo l'intervento, si ebbe meteorismo leggiero e dolori addominali modici; ma la paziente non tardò ad uscire dall'ospedale, clinicamente guarita, ed in condizioni generali molto migliorate.

p. s.

VARIA

Le medichesse attraverso la storia. — Prima assai che nel nostro secolo si era permesso alle donne di curare ufficialmente i loro simili.

In Grecia non esistevano soltanto levatrici, ma anche medichesse.

Galeno parla con stima delle sue colleghe di Roma e principalmente di una dottoressa Antiochia che faceva diagnosi meravigliose e salvava ammalati che i medici avevano spacciato.

Parecchie sante furono valenti medichesse. Si cita santa Nicerata che guarì san Giovanni Grisostomo da una laringite; santa Teodosia, madre di san Procopio, che era stabilita a Roma.

Un gran numero di monache curavano le malattie senza avere il titolo di dottoresse. Ed in molti luoghi anche ora si trovano monache che posseggono il segreto di farmachi la cui ricetta data da secoli.

La Germania ha posseduto santa Ildegarda, che fu medichessa e scienziata. Lasciò parecchie opere. Aveva presentito la circolazione del sangue e la teoria dell'autointossicazione; ammetteva che la follia fosse una infermità e non il risultato dell'invasione diabolica; scrisse anche sull'epilessia, ecc.

In Francia, Abelarda indusse le religiose del Paracleto ad esercitarsi in chimica.

E sino al XVII secolo l'Università di Parigi trasmetteva brevetti a medichesse, a chirurghesse, a farmaciste. L. P.

Le donne in medicina. — Nel corso di alcune conferenze il prof. Hochenegg, direttore della I clinica chirurgica dall'Università di Vienna, si è dichiarato assai scontento delle donne medichesse. A suo modo di vedere, queste mancano di senno critico, sono superficiali ed affrettate negli esami e nei giudizi, difettano dell'attitudine a trovare una soluzione pronta e ragionevole, non sentono la responsabilità.

Per questi motivi egli ritiene che la carriera medica non sia da consigliare alle donne.

Ha poi rilevato il fatto che fino ad oggi, malgrado ci siano già tante medichesse sulla superficie del globo, nessuna ha portato un contributo di qualche valore alle nostre conoscenze: la medicina ha continuato a progredire, durante gli ultimi 15 anni, grazie al lavoro intenso degli uomini, anche nel campo ginecologico e pediatrico.

Naturalmente le asserzioni di Hochenegg hanno sollevato in tutta l'Austria un turbine di proteste da parte dei dottori del sesso debole, che giustamente fanno osservare come negli ospedali le dottoresse si sobbarchino agli stessi compiti e agli stessi doveri dei loro colleghi maschi e adempiono le stesse mansioni.

Esse hanno attinto vari esempi negli altri paesi per comprovare la fallacia dei presupposti di Hochenegg. Tuttavia non sono state in grado di dimostrare che il genio femminile abbia ancora impresso una qualche orma nel sapere medico, ciò che giustifica, entro certi limiti, le parole amare del valente clinico viennese. R. B.

Il movimento suffragista inglese. — Sir Almroth Wright, lo scienziato di fama « opsonica », si è avventurato nell'arena politica: ha pubblicato un libro sul movimento suffragista nel quale proclama l'inferiorità media della donna rispetto all'uomo e sostiene che concedere il voto politico alle donne equivarrebbe a far compiere un passo indietro a tutta l'umanità. Il risultato più tangibile sarebbe la scomparsa dello spirito militare e delle virtù civiche.

Egli dichiara che la donna non è in grado di valutare la superiorità delle questioni sociali e la subordinazione di queste agli interessi egoistici e di famiglia.

A suo modo di vedere, tutto il movimento suffragista trae origine da un falso *amor proprio* offeso delle donne intellettuali. R. B.

Irritazione telefonica. — Questo stato morboso è stato diagnosticato da un medico legale tedesco nelle seguenti circostanze.

Un avvocato berlinese venne querelato per ingiurie dall'amministrazione postale e telefonica cittadina.

Ciò suona strano alle nostre orecchie, poichè nel nostro paese si suol dire a voce e per scritto ogni male possibile del servizio postale, di quello telefonico, di quello ferroviario, di quello di nettezza urbana e di tutti gli altri servizi pubblici; e si suole pigliarsela più o meno urbanamente col personale addettovi. Ma non si corre il menomo rischio che le amministrazioni corrispondenti appioppino tra capo e collo una querela per ingiurie. Unico e benefico risultato è quello di provare un certo sollievo!

L'accusa specifica mossa all'avvocato di Berlino era ch'egli aveva rivolto alla signorina commutatorista le parole di « camella » e di « capra ».

Veramente, ci sembra alquanto difficile dimostrare che questi termini sono obbrobriosi e ravvisarvi gli estremi del reato.

Il camello è un animale utile, paziente e degno di stima; anche la qualifica di « capra » sfida ogni obbiezione, poichè denota un animale mite e pacifico, salvo in circostanze occasionali, quando esso mostra il bisogno prepotente di cozzare.

Insomma, quegli appellativi potevano passare per complimenti.

Al processo è risultato che l'avvocato vittima del telefono aveva chiesto nove volte, nella stessa giornata, una stessa comunicazione e che ogni volta la signorina aveva risposto « occupato ».

Essendosi rivolto all'ufficio reclami, venne a sapere invece che il filo era stato libero in tutto quel tempo! Da ciò il suo vivace risentimento.

Un perito medico nominato d'ufficio dal presidente testificò, dopo esame del soggetto, che questi era molto nervoso e impulsivo e che la vessazione infittagli dalla signorina gli aveva fatto perdere il dominio di sè stesso. Egli era divenuto *Telephonärger*, che è quanto dire invelenito contro i telefoni, ciò che attenuava la sua responsabilità legale.

Su queste conclusioni la Corte inflisse all'imputato un'ammenda di 260 marchi, ossia di 335 lire italiane. Dopo tutto, è una discreta sommetta.

L'avvocato di Berlino troverà certo molti simpatizzanti in Italia, tra coloro che sono costretti a servirsi dei telefoni, nei quali l'elemento femminile fa così cattiva prova. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Prof. dott. A. PIPERNO. **Frattura delle ossa mascellari e loro cura.** Torino, Un. Tip. Editrice Torinese, L. 15, 1913.

Anzi tutto è un lavoro riassuntivo completo, nel quale è raccolta ed ordinata con mano maestra la vastissima letteratura intorno alle fratture delle ossa mascellari e loro trattamento.

È questo un argomento tra i più importanti della odontoiatria; ed è inoltre il più delicato, se si pensi al dualismo che fino agli ultimi tempi ha diviso chirurgi ed odontoiatri. È il capitolo nel quale l'odontoiatra non può soltanto affermarsi, ma dev'essere specialmente chirurgo. All'A. non mancano nè le une nè le altre qualità: perciò ha fatto opera serena e compiuta.

È un capitolo di patologia chirurgica, in fondo, quello che l'A. compila e tratta con tanta perizia; ma non vi manca la parte originale, sia per ciò che riguarda le peculiarità anatomo-fisiologiche e l'interpretazione del meccanismo dell'apparecchio dentario nell'uomo, sia per ciò che riguarda l'uso e le modificazioni dall'A. apportate ai metodi ortodontoiatrici nel trattamento delle fratture del mascellare inferiore.

Numerose tavole e ben riuscite completano il lavoro: alcune riprodotte, molte originali: tutte chiaramente esplicative.

Se il libro è più proprio agli specialisti odontoiatri, non è meno utile ai medici pratici, per la chiarezza e la semplicità degli insegnamenti che ne derivano.

T. FERRETTI.

Prof. A. CHIAVARO. **Ricettario odontoiatrico,** con prefazione del prof. G. GAGLIO. Napoli, L. 25 (in vendita presso E. Rampichini, via Nazionale, 40, Roma).

Come dice il prof. Gaglio nella succinta ammirevole prefazione, i denti debbono essere la forza e la bellezza della bocca. A questo scopo, degno dell'opera di un valoroso scienziato, il prof. Chiavaro nel suo libro, modestamente intitolato « Ricettario odontoiatrico », ha combattuto, si può dire, una nobile battaglia contro l'incuria abituale del volgo, che così raramente sa apprezzare il valore reale ed ideale dei migliori doni ricevuti da natura. Ed aggiungiamo che tale battaglia il prof. Chiavaro avrà sicuramente vinta, quando medici pratici e studiosi specialisti si saranno forniti di questo suo lavoro.

Nel quale lavoro è più ampiamente trattata la parte utile al medico pratico, dalla nozione chiara di patologia, alla prescrizione terapeutica formulata nella ricetta, che di quelle nozioni è il compendio, ed è la sintesi sempre della vasta esperienza dell'autore.

E di ricette il libro è ricchissimo: ne contiene oltre un migliaio, ordinate in un centinaio di capitoli: alcune classiche e tratte da libri e periodici, altre originali inedite, prodotto diretto della dottrina e dell'esperienza dell'autore.

Non esisteva ancora un ricettario odontoiatrico completo: il prof. Chiavaro ha colmato la lacuna nella maniera più lodevole. Ma, come la sua fama esigeva, non ci ha dato uno dei tanti formulari, irti di ricette come i roveti sono irti di spine. Alla formula, alla ricetta egli è pervenuto come per sintesi delle nozioni di patologia e di clinica ampiamente esposte e con ordine impeccabile in ogni capitolo.

Auguriamo a questa pubblicazione tutta la fortuna che merita.

T. FERRETTI.

P. SCERVINI. — **Formulario terapeutico ragionato delle malattie della bocca e dei denti.** Casa editrice Vittorio Idelson., Napoli, 1913. Lire 4.50.

Questo formulario ha, secondo le intenzioni dell'A., lo scopo unico di presentare nella maniera più succinta possibile, una descrizione sommaria delle malattie di tutti gli organi della bocca, indicandone, oltre alla cura, le complicanze e le derivazioni.

La lunga esperienza professionale e didattica dello Scervini conferiscono al volumetto uno speciale valore per il medico esercente e per lo studente: veramente parco e giudizioso nell'esposizione della parte fisiopatologica, egli detta una serie di buone ricette, che troppo spesso dal pubblico sono richieste al medico.

t. p.

R. IMHOFER. **Die Ermüdungen der Stimme.** Wurzburg, C. Kabitzsch, 1913. Mk. 5.

Un libro sulla fonasterica oltre che ad interessare i laringoiatri, deve destare l'attenzione di ogni medico che deve conoscere e diffondere tra i maestri, artisti di teatro e predicatori, gli elementi di una buona igiene della parola.

La monografia dell'Imhofer tratta la questione della fonastenia sotto tutti i punti di vista; così è svolta ampiamente la parte storica dell'argomento, poi egli viene a trattare le forme cliniche e l'essenza della malattia colle sue cause e, dopo aver discussi i criteri diagnostici e prognostici, dà un ampio svolgimento alla profilassi.

Il lavoro è arricchito da una abbondante raccolta bibliografica.

P. A.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il Collegio-convitto di Perugia per gli orfani dei sanitari.

Le condizioni del Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia sono in questi ultimi tempi di molto migliorate.

Ciò si rileva dal verbale dell'adunanza del Consiglio d'amministrazione che ebbe luogo il mese scorso e nel quale venne presentato il bilancio preventivo per l'anno 1914.

Il presidente, il solerte prof. Simonetta che dedica tutta la sua attività al buon andamento dell'istituto, si disse lieto di poter informare il Consiglio che la riscossione dei contributi è ora assai migliorata; è cessata la dolorosa condizione d'essere in disimborso col tesoriere (Banca Popolare) e gli incassi sono stati nei mesi di agosto e di settembre così importanti da far scendere a 73,877.18 lire la somma totale dei residui complessivi i quali al 31 luglio sommavano a 117,682.05 lire.

Questo è frutto dell'azione vigilante, che il Ministero dell'interno esercita a favore di quella Opera Pia. Il lavoro, che si compie in quel dicastero, resta ignorato da tutti, ma è minuzioso e continuo perchè, fin tanto che il regolamento per l'applicazione della legge 2 luglio 1911, non avrà disciplinato tutta la materia, ed anzi nell'intento di organizzare meglio che sia possibile il servizio (specialmente per quanto riguarda l'anticipazione delle quote dovute da sanitarii impiegati nalle diverse Amministrazioni dello Stato), il Ministero stesso ha avocato a sè tutte le pratiche relative. Per avere un'idea del numero di esse, basterà calcolare che sono, per ciascuna delle 69 provincie, altrettante quante le Amministrazioni centrali, che stipendiano sanitari, cioè dieci. Oltre a questo gravosissimo lavoro il Minisrero ha energicamente richiamato le Prefetture inadempienti al dovere di compilare gli elenchi dei contribuenti da trasmettere alla amministrazione del Collegio-couvitto. Prima della nuova legge era accaduto che sei Prefetture, le quali, sino dal novembre 1910 avrebbero dovuto cominciare con la rata di aprile, non avevano inviato gli elenchi, ed altre tre Prefetture avevano bensì inviato gli elenchi, ma anche in queste provincie la riscossione non era incominciata. Oggi invece è una sola la Prefettura che non ha mandato l'elenco e, per di più, in quella provincia risulta che la riscossione è iniziata. È avvenuto adunque quello che fatalmente può verificarsi cioè un sovraccarico di lavoro negli uffici della Prefettura, per modo che evidentemente si è preferito dare tutte le disposizioni necessarie per l'esecutorietà dei diversi ruoli, rimettendo a maggiore agio la trascrizione dell'elenco da spedirsi alla amministrazione, la quale ha certamente maggiore interesse a veder svolgersi la riscossione di quello che a possedere un elenco infruttifero.

I convenuti si compiacquero molto delle informazioni fornite dal presidente dalle quali risulta lo stato florido attuale del Collegio-convitto.

Il presidente informò poi che per cessata assistenza, sono rimasti scoperti 5 posti nella sezione maschile del Convitto e 4 nella femminile e 9 borse di studio.

I convenuti hanno esaminato le domande di assistenza e le proposte formulate dalla Giunta e procedendo al coordinamento di esse deliberarono di coprire tutti i posti rimasti liberi nelle due sezioni del Convitto, di assegnare 2 rette ad altri Convitti e di conferire 10 borse e 10 sussidi straordinari. Da questo emerge che vengono aumentate 2 rette in altri Convitti e 1 borsa di studio.

Così che complessivamente, nel 1913-914 saranno assistiti: in Convitto a Perugia maschi 53 e femmine 23; in altri Convitti maschi 6 e femmine 6; con borse di studio maschi 70 e femmine 30; con sussidî maschi 13, femmine 5 e famiglie 4; e, oltre a queste 210 assistenze, vi saranno, a carico della *Gestione speciale per gli orfani di vittime del terremoto* del 28 dicembre 1908, queste altre 19:

In Convitto a Perugia: maschi 9, femmine 3; con borse di studio: maschi 4; con sussidii: maschi 2, femmine 1.

Dati ai convenuti tali schiarimenti, venne messo in votazione il bilancio consuntivo che fu approvato all'unanimità e presentato il preventivo pel 1914 che ha un totale di entrate di lire 188,781 pareggiato da un identico totale di uscite con una eccedenza a fondo di riserva di lire 1,200.

Merita ampia lode il Consiglio di amministrazione che seppe risollevare a uno stato di vera floridezza le condizioni del Collegio-convitto che sta tanto a cuore di tutti i sanitari d'Italia e che pareva fosse per cadere sotto i colpi di una crisi economica che da parecchio tempo lo travagliava.

Il 1° Congresso Nazionale degli Ordini dei Medici.

In seguito al risultato di un *referendum* fra gli Ordini dei Medici circa la data del 1° *Congresso Nazionale degli Ordini dei Medici,* la Presidenza della Federazione lo ha fissato in Roma per i giorni 20 e 21 dicembre p. v.

Pubblicheremo nel prossimo fascicolo la circolare all'uopo spedita a tutti gli Ordini dei Medici.

L'agitazione dei medici ospedalieri di Roma. — La sera del 16 corrente s'è riunita nuovamente nell'anfiteatro dell'ospedale di San Giacomo la Sezione romana dell'Associazione nazionale fra i medici ospedalieri.

Nell'assenza del prof. Giannelli, l'assemblea, numerosissima per il grande concorso di primari, aiuti e assistenti, fu presieduta dal prof. Mingazzini.

Il prof. Bastianelli, presidente della Sezione, riferì circa il colloquio che la Commissione all'uopo nominata aveva avuto con il comm. Gajeri sulle varie questioni che presentemente agitano la classe dei medici ospedalieri e riferì che la Commissione si era potuta accordare su molte delle questioni discusse, quali quelle dei trasferimenti amministrativi, quella delle visite fiscali, quella dell'assistenza sanitaria per i medici che eventualmente si ammalassero, quella dell'alloggio dei medici negli ospedali e quella del riposo settimanale, tutte questioni nelle quali il commendatore Gajeri ha riconosciuto i diritti dei medici e che, una volta ormai stabilite in linea generale, saranno definite nei loro particolari di comune accordo fra l'Associazione, il Consiglio dei direttori e il R. Commissario.

Quanto alla questione del concorso per chirurgo aiuto e alla relativa tassa il presidente riferì il progetto di transazione proposto dal commendatore Gajeri, per il quale progetto la tassa imposta da 200 lire sarebbe stata ridotta a 10 o 15 lire per concorrente.

L'assemblea si mostrò molto soddisfatta e approvò all'unanimità l'opera svolta dal Consiglio direttivo e dalla Commissione. Riguardo alla transazione proposta dal R. Commissario, stabilì di rifiutarla, come pure respinse la proposta di fornire al Commissario i fondi richiesti prelevandoli su quelli sociali, dovendo i medici fare una questione di diritto circa l'imposizione della tassa e non di finanza sull'entità di essa; quindi non essendo potuti intervenire alcuni dei concorrenti al suddetto concorso ritenne opportuno non prendere alcuna deliberazione definitiva in merito alla questione e fu votato il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea mentre approva l'operato della Presidenza, ringrazia il R. Commissario della *transazione,* non la accetta, e passa all'ordine del giorno ».

***

Intorno alle agitazioni dei medici ospitalieri di Roma il dott. Ballerini, presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, ha avuto un lungo collohuio con il R. Commissario degli ospedali commendatore Gajeri.

Intorno al caso della punizione del prof. Dalla Vedova, chirurgo primario nell'ospedale di San Giacomo, il Consiglio dell'Ordine ha incaricato delle necessarie indagini una Commissione composta del presidente dell'Ordine dott. E. Ballerini, dei consiglieri dottori U. Mariotti e A. Garofalo, del prof. Sante De Sanctis e del dottore Francesco Della Valle, tenente-colonnello medico del regio esercito.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4128) *Dimissioni - Termini - Pagamento di stipendi.* — Il Dott. S. S. da P. chiede conoscere se, in caso di dimissioni, sia sufficiente il termine di giorni 16 per preavviso al Comune, acciò possa provvedersi di altro sanitario e se ed a chi si debba ricorrere per ottenere il pagamento dello stipendio ingiustificatamente non corrispostogli durante i mesi di giugno a dicembre 1912.

In caso di dimissioni il preavviso deve essedato nel periodo di tempo prima che viene fissato nel capitolato o nella deliberazione di nomina. In caso di silenzio nell'uno e nell'altro documento, si deve aver riguardo alle consuetudini locali ed, infine, a quel tempo che equamente necessita per la ricerca di un nuovo sanitario, sia pure interino. Ora a noi sembra che nella maggior parte dei casi difficilmente si possa entro quindici o sedici giorni contrattare con un nuovo medico, specie se, per mancanza di elementi locali, sia forestiero. La consiglieremmo, quindi, di non insistere nell'impugnare il provvedimento del consorzio con cui si pone a suo carico l'onere della supplenza per un mese. Circa lo stipendio, in vista del rifiuto dello esattore, potrebbe bene citare il con-

sorzio dinanzi l'ordinaria autorità giudiziaria. Nell'atto introduttivo del giudizio potrà fare anche menzione degli interessi legali sulle somme che Le sono dovute.

(4129) *Certificati d'infortunio.* — Il Dottor G. D. da S. desidera conoscere da chi deve farsi pagare i certificati d'infortunio rilasciati agli operai del gas, se, cioè, dal Municipio che gli affidò quell'incarico o dalla Cassa Nazionale degli infortunii.

Il pagamento dei certificati che si rilasciano dai sanitarii in caso di infortunio, è regolato dallo articolo 149 del regolamento approvato con R. Decreto 13 marzo 1904, n. 141, secondo cui quello del primo certificato, che si unisce alla denunzia dell'infortunio, è a carico del capo o esercente della impresa, e quello del definitivo è a carico dell'istituto assicuratore. I certificati intermedii, constatanti il decorso della infermità sono rilasciati gratuitamente dal medico condotto, se l'infortunato abbia diritto alla cura ed assistenza sanitaria gratuita.

(4130) *Vaccinazione - Rilascio certificati relativi.* — Il Dott. P. A. da V. M. chiede conoscere se il medico condotto può rilasciare certificati di vaccinazione quando nel Comune vi è l'ufficiale sanitario; se il detto medico condotto possa in detti certificati firmare *per l'ufficiale sanitario,* e se per reprimere l'abuso si possa denunziare il fatto all'autorità giudiziaria

Al medico condotto non compete, neanche a seguito di delegazione, rilasciare certificati di vaccinazione. Il rilascio di detti certificati compete esclusivamente all'ufficiale sanitario e senza spesa a carico dei richiedenti. Anzichè denunziare il fatto all'autorità giudiziaria, sarebbe miglior partito fare dal Sindaco richiamare i medici condotti alla esatta e scrupolosa osservanza del disposto dello articolo 22 del Regolamento 29 marzo 1892.

(4131) *Capitolato medico - Annullamento.* — Il Dott. Abbonato N. 6915 chiede conoscere se sia possibile, come pare sostenga l'Amministrazione comunale, ottenere l'annullamento di un capitolato per condotta a cura piena che imponga al titolare l'obbligo di prestare la propria assistenza ai soli abitanti del centro ed a quelli sparsi entro un raggio di 600 metri, e ciò perchè la imposta limitazione contrarierebbe alla speciale indole della condotta piena.

La limitazione imposta al capitolato non contraria l'indole della condotta piena perchè il Comune avrebbe potuto e dovuto provvedere altrimenti alla assistenza di coloro che domiciliano oltre il raggio di 600 metri dal centro. Ora il vagheggiato annullamento è impossibile perchè si violerebbero i diritti acquisiti dal sanitario, che è già stabile. L'intervento di ufficio del Governo del Re si rende necessario solo quando con deliberazioni comunali si violano o conculcano disposizioni di indole e di interesse generale, ma non già quando, come nel caso, si intende ritornare, per modificarlo, su di un capitolato che vige da ben dieci anni. Se il Comune intendesse poi commetterle il servizio per l'intero territorio dovrebbe aumentarle congruamente l'assegno ed in mancanza avrebbe pur Ella sempre il diritto di ottenere l'aumento di ufficio dalla G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 del testo unico.

(4133) *Visita degli animali da macello.* — Il Dott. Abbonato N. 8750 chiede conoscere se prestando come interino servizio in una frazione, ove esiste veterinario comunale ed ufficiale sanitario sia obbligato a visitare gratuitamente gli animali da macello.

Quando nel Comune o frazione di Comune esiste il veterinario comunale, il medico condotto, sia anche interino, non è obbligato ad eseguire gratuitamente la visita degli animali da macello.

(4134) *Omicidio colposo - Visita carni da macello.* — Il Dott. Abbonato N. 9014 desidera conoscere se sia passibile di pena chi invitato dalla levatrice a provvedere in caso di parto al sollecito intervento chirurgico, per odio contro il medico locale, invita altro forestiere che giunge quando non si può fare a meno di eseguire la embriotomia, e se coloro che macellano nel proprio domicilio animali suini od ovini debbano pagare la relativa visita sanitaria.

Crediamo che nel fatto del rifiuto del medico locale in caso di massima urgenza, per semplice personale animosità si possa ravvisare l'imprudenza, che, a norma dello articolo 371 del Codice penale, costituisce il reato colposo. Qualsiasi persona può del fatto rendere consapevole l'autorità giudiziaria. La visita è fatta gratuitamente. Deve però l'Amministrazione comunale reprimere l'abuso impedendo che le carni sieno macellate in locale diverso dal macello.

(4136). *Pensioni.* — Al Dott. S. G. da A. rispondiamo che al 31 dicembre prossimo liquiderà come annua pensione la somma di lire 1462.32. Con 60 anni di età e 29 di servizio, liquiderà invece la pensione di annue lire 1624.42.

4137) *Certificati - Pagamento.* — Al Dottor N. S. da S. P. B. che ci interpella analogamente rispondiamo che il certificato di vaccinazione per uso scolastico è rilasciato gratuitamente dall'ufficiale sanitario, quello di sana costituzione per concorsi ed altro è rilasciato a pagamento da qualsiasi medico esercente, tranne che per coloro che risultano poveri, quello per tra-

sporto di carne macellata è rilasciato a pagamento dall'ufficiale sanitario o veterinario comunale, quello pel trasporto di animali è rilasciato gratuitamente dal veterinario, e quello pel lavoro delle donne e dei fanciulli è rilasciato senza spesa a carico degli interessati da parte dell'ufficiale sanitario.

La compilazione delle cartelle biografiche dei pregiudicati compete all'autorità locale di P. S. e non al personale sanitario. In mancanza del veterinario compete all'ufficiale sanitario di eseguire senza spesa la visita delle carni macellate al mattatoio comunale.

(4138) *Ammissioni di infermi nell'ospedale - Documenti.* — Il Dott. G. C. da M. desidera conoscere se si abbia il diritto di richiedere alle gravide che si presentano per essere ricoverate nell'ospedale il certificato di stato civile; e se pel ricovero degli infermi poveri si possa, oltre il certificato di povertà del Sindaco, richiedere anche la prova della di lui inclusione nello elenco dei poveri.

Per la ricezione degli infermi poveri nell'ospedale e delle gravide non si possono richiedere documenti maggiori e diversi da quelli indicati nel relativo statuto o regolamento interno. Col richiedere altri documenti potrebbero essere esclusi taluni che altrimenti vi avrebbero diritto, e ciò con evidente danno degli interessati e con violazione delle norme statutarie o regolamentari vigenti.

Nomine, promozioni e onorificenze.

BOLOGNA. — Il dott. Longo Carlo è promosso aiuto in patologia medica; il dott. Scagliarini Gino è nominato assistente in sua vece.

FIRENZE. — Il dott. Casagli Francesco è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica. I dottori Valtancoli Giovanni e Berti Giuseppe sono nominati assistenti in clinica medica.

PALERMO. — Il dott. Dentici Salvatore è nominato assistente in anatomia umana.

ROMA. — Il dott. Garibaldi Giuseppe è promosso aiuto in clinica dermosifilopatica.

PISA. — Il dott. Pirani Coen Renato è abilitato alla libera docenza in clinica ostetrica e ginecologica.

SIENA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Brunacci Bruno in fisiologia sperimentale, Chiarugi Mario in clinica chirurgica e medicina operatoria.

BERLINO. — Il prof. Loeffler, direttore dell'istituto d'igiene di Greifswald, è succeduto al prof. Gaffky nella direzione dell'istituto per le malattie infettive.

Gaffky e Loeffler sono stati tra gli allievi più reputati di R. Koch.

Condotte e Concorsi.

ALESSANDRIA. — Due condotte: L. 1500 pei poveri; aumenti quinquennali fino a L. 1950; L. 100 per supplenza. Scad. 30 nov. Servizio entro 15 giorni. Ab. 1600 e 4000; fam. povere circa 40 e 86.

AMATRICE (*Aquila*). — Due condotte a cura piena. Vedi fasc. 46. Scad. un mese dal 10 nov.

* BERGAMASCO (*Alessandria*). — Condotta, lire 1200 lorde, in corso d'approvazione. Scad. 29 nov.

BONANNARO (*Sassari*). — Condotto del Consorzio con Borutta; L. 2750 e L. 300 U. S., obbl. tenuta a. f. Rivolgersi al Presidente del Consorzio.

BORGOFRANCO sul Po (*Mantova*). — Medico per la generalità; L. 4300 lorde, aument., L. 100 quale U. S. e L. 600 per cavalc. Scad. 25 nov.

CANALE (*Cuneo*). — Uno dei 2 posti di medico condotto pei poveri e pel servizio necroscopico; L. 800; assunz. 15 gennaio. Scad. 30 nov.

CAPOTERRA (*Cagliari*). — Condotto; L. 3000 nette e L. 200 per l'a. f. Scad. 30 novembre.

CASTELBELLINO (*Ancona*). — A tutto il 31 dicembre condotta semi-residenziale: L. 3000 cura poveri, L. 500 semi-abbienti; L. 100 quale U. S.; L. 500 per mezzi di trasporto, lorde; tre sessenni. Servizio entro 15 giorni. Popolaz. inferiore a 1500 abitanti.

CERES (*Torino*). — Condotto; L. 2000 e L. 200 d'indennità d'alloggio. Scad. 10 dicembre.

CHERASCO (*Cuneo*). — Condotta per i poveri della 3ª sezione; L. 1000 e 4 sessenni. Scad. 30 nov.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Condotti pel capoluogo e le fraz. Monticello e Sasso d'Ombrone, per la generalità; L. 4000 per ciascuna delle fraz., L. 3800 pel capoluogo. Scad. 12 dicembre.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Docum. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dicembre.

CREMONA. — Consorzio Formigara-Gombito, a tutto il 25 nov. Residenziale. Ab. 2724. Stipendio L. 5000 fino a 1500 poveri, più L. 100 per ogni 200 poveri di più dei 1500. Due aumenti sessennali. Indennità L. 800 cavalcatura obbligatoria. Tutti gli emolumenti liberi da R. M.

FILOTTRANO (*Ancona*). — Medico della 1ª condotta (*Storaco*); L. 4050 lorde; abit. 2900 circa, cura piena, obbl. cavalc. Scad. 5 dicembre.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova.* — Due medici assistenti, nomina biennale, conferma biennale; L. 1200 con ritenuta di R. M. Età massima 28 anni. Scad. ore 17 del 4 dic.

GIAVENO (*Torino*). — Una delle tre condotte; pei poveri L. 550; servizio necroscopico L. 425; vaccinazioni pubbliche L. 175. Scad. 27 nov.

IMOLA *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli a medico assistente dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde, alloggio nell'Istituto e vitto nei giorni di guardia. Scad. 25 dic.

LAVONE (*Brescia*). — Prorogato il concorso al 31 dicembre.

LORETO. *Ospedale del P. Istituto della S. Casa.* — Cercasi possibilmente per il primo prossimo dicembre assistente medico-chirurgo. Stipendio L. 200 mensili lorde r. m. Camera, caffè al mattino, termosifone, luce elettrica. Rivolgersi al direttore.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Concorso per la condotta pel Castello di Querceto e Sassa. L. 3450, lorde, compreso cavalcatura. Scad. 30 nov.

MONTECCHIO PRECALCINO (*Vicenza*). — Medico; L. 3000, L. 500 per obbl. cavalc., L. 150 quale U. S., ed altri incerti in circa L. 200. Scad. 30 nov.

* MONTE URANO (*Ascoli Piceno*). — Il concorso alla condotta viene nuovamente prorogato a tutto il giorno 30 novembre. Rimangono ferme nel resto le altre condizioni tutte.

NAPOLI. — Concorso per titoli e per prove a 12 posti di sanitari addetti al servizio di vigilanza sugli alimenti, bevande, igiene abitati ed industrie, L. 2400 ciascuno. Otto posti sono riservati e laureati in zooiatria e 4 a laureati che abbiano compiuto studi di chimica bromatologica e sostenuti i relativi esami. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio municipale d'igiene. Scad. 15 dic.

PERETO (*Aquila*). — Il concorso per la nomina del medico condotto è prorogato a tutto il 31 dicembre 1913. Stipendio lire 4000 con eventuale maggiore assegno di lire 500 Per maggiori informazioni rivolgersi al sindaco.

PERUGIA. *Università libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PETTINEO (*Messina*). — Condotto; L. 2800 nette, non più di 40 anni, s. eccezioni regolamentari, 2 anni servizio ospedali o condotte. Abitanti 2976. Scadenza 30 novembre.

QUISTELLO (*Mantova*). — Tre condotte piene per le frazioni; L. 3000 lorde e tre sesseni; L. 600 per carrozza e cavallo obbligatori; all'uff. san. L. 300. Scad. un mese dal 14 nov.

ROMA. *Ministero della Istruzione pubblica.* — Straordinari di patologia generale nella R. Università di Cagliari; di medicina legale nella R. Università di Pisa; di clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Sassari. Scad. 9 dic.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti.* — Dieci chirurghi aiuti. Vedi fasc. 43. Scadenza ore 16 del 2 dicembre.

STELLA (*Genova*). — Medico della fraz. San Martino; L. 3000, aument. per sess. Scad. 30 nov.

TORTONA (*Alessandria*). — Medico-chirurgo assistente dell'ospedale; L. 1098, lorde, camera, percentuale atti operativi abbienti e L. 300 annue per indennità guardia notturna, non più di 35 anni. Scad. 30 nov.

VAILATE (*Cremona*). — Medico chir. residenziale; L. 3500 al netto di R. M., due sessenni. Ab. 3450 dei quali circa 3100 considerati poveri. Non obbligo mezzo di trasp. Incarico U. S. e direzione ospedale Caimi. Il territorio com. è considerato zona malarica. Assunz. posto entro 15 giorni. Scad. 30 nov.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo assistente di 2ª classe; L. 1200 elevabili a L. 1600 col 1914; non più di 32 anni al 20 nov. Chirurgo assistente di 1ª classe; L. 1500 elevabili c. s. a L. 1700. Assistente di 1ª classe L. 1500 elevabili c. s. a L. 1700. Non più di 35 anni ed alloggio nell'Istituto per questi 2 posti. Salvo approvazione autorità. Esami. Rivolgersi al Protocollo dell'Ospedale. Scad. 29 nov.

VICENZA *Ospitale Civile.* — Medico chirurgo secondario. Scad. ore 16 del 3 dicembre. Nomina e conferma biennali. Assunzione dell'ufficio entro 5 giorni dalla partecip. di nom. L. 1700 lorde, alloggio, nei giorni di guardia, vitto e indennità di L. 4. Iscrizione a un Ordine.

VIETRI SUL MARE (*Salerno*). — Condotta pei poveri delle fraz. Dragonea e Benincasa; L. 1500 lorde, abit. 1418; laurea da 4 anni; non più di 40 anni.

Giovane medico disposto assumere interinato pel mese di dicembre p. v. Scrivere offerte dettagliate: Fides. Posta restante. Collecorvino (Provincia di Teramo).

Cercasi interino per un Comune dell'Italia centrale. Condotta comoda a km. 100 da Roma sulla Roma-Sulmona. Per condizioni e schiarimenti rivolgersi al dott. Giovanni Di Cola in Loreo (Rovigo).

Cercasi interino, che possa impegnarsi per quattro mesi, per condotta dell'alto Abruzzo. Stipendio lire cinquecento mensili nette. Per informazioni scrivere al dott. A. Paltrinieri, Ospedale S. Gallicano, Roma.

Cercasi interino per Monteflavio (Roma) dal 1° dicembre prossimo. Stip. L. 300 mensili nette di ogni ritenuta, per il servizio medico chirurgico, uff. sanit. e gestione armadio farmaceutico. Durata circa mesi quattro. Per informazioni, scrivere al Sindaco.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.
Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Cerreto Guidi (Firenze), Corvino San Quirico e uniti [diffida preventiva] e Cozzo Lomellina (Pavia), Montecompatri (Roma), Pesaro a chirurgo primario dell'Ospedale [dall'A. N. M. O.], Sarteano (Siena), Introbbio e uniti (Lecco).

Revoca di diffide: Ficulle (Perugia), Sala Bolognese (Bologna), Macugnaga (Novara):

Revoca di boicottaggio: Mezzanino (Pavia).

Ci si comunica:

« Leggo nell'ultimo numero del giornale, fra le condotte e concorsi, la condotta di Giaveno. Ora siccome tale condotta è stata diffidata dalla locale Sezione Valsusina dell'A. N. M C. (come risulta dall'avviso pubblicato dalla *Gazzetta del Popolo* di Torino del giorno 13 c. m.), come Loro abbonato mi permetto di avvertirli di ciò, onde nel prossimo numero risulti che tale condotta è diffidata, per l'esiguo stipendio. Scusino il disturbo e con cordiali saluti

Dev.mo dott. Paolo Pogolotti, Giaveno ».

ROMA. *R. Università.* — Concorso a sei premi Rolli di lire 1000 ciascuno, da assegnare uno per ciascuno dei sei anni di studio della facoltà medico-chirurgica. Documenti al Rettore non più tardi delle ore 12 del 10 dic. Prove scritte, orali e pratiche.

NOTIZIE DIVERSE

XXIII Congresso di Medicina interna.

L'annuale riunione della Società italiana di medicina interna, che doveva aver luogo nell'ottobre di quest'anno a Tripoli, fu dovuta rimandare per la coincidenza del periodo elettorale ed avrà luogo a Roma, dal 20 al 23 del prossimo dicembre, sotto la presidenza del professore Baccelli.

Per incarico del Consiglio direttivo, riferiranno: il prof. d'Amato di Napoli sulla calcolosi epatica, il prof. Gnudi di Bologna ed il prof. Cesa-Bianchi di Milano sulla sifilide del cuore, il prof. Moreschi di Pavia e il prof. Silvestrini di Perugia sulla vaccinazione antitifica.

Il Consiglio direttivo ha inoltre richiamata l'attenzione dei congressisti sopra i seguenti soggetti di studio, affinchè su di essi venga portata una larga messe di contributi e di ricerche originali: *a*) Nevrastenia e isteria; *b*) Anomalie di sviluppo in rapporto alla patogenesi e alla clinica; *c*) Lesioni non tubercolari dell'apice e dell'ilo polmonare.

Al Congresso possono intervenire i soci della Società di medicina interna e tutti i medici italiani che inviino al prof. Giulio Galli della Clinica medica di Roma la quota di iscrizione in lire dieci.

Hanno già comunicata la loro partecipazione ai lavori del Congresso tutte le cliniche ed i principali ospedali italiani, e molti medici pratici hanno già annunciate le loro comunicazioni, cosicchè è da ritenersi che la riunione assumerà particolare importanza, anche per l'interesse che presentano i temi generali proposti

La Federazione Nazionale fra le associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica

indice un Congresso nazionale a Roma dal 7 al 9 dicembre nella sede dell'Ordine dei Medici (piazza Foro Traiano, 1).

Presidente della Federazione è il prof. T Gualdi, direttore dell'Ufficio d'igiene di Roma.

Per schiarimenti dirigersi fino al 6 dicembre al segretario federale dott. G. Palomba (Roma, via Marche 72, int. 1 telef. 67-39).

Nei giorni 7-8-9 dicembre la Segreteria federale risiederà nei locali del Congresso.

Riportiamo il programma dei lavori:

7 dicembre, Congresso degli Ufficiali sanitari capi di uffici d'igiene; Assemblea generale della Federazione - 8 dicembre ore 15: Riunione preliminare del Consiglio federale; ore 15 ½: Inaugurazione dell'assemblea; 1. Verifica dei poteri; 2. Elezione della presidenza dell'assemblea: 3. Relazione morale (prof. Gualdi); 4. Relazione finanziaria (dott. Palomba): *a*) bilancio consuntivo al 31 ottobre 1913. *b*) bilancio preventivo anno 1914; 5. Nomina di due revisori dei conti; 6. Statuto e regolamento federale; 9 dicembre ore 9: 1. Costituzione degli uffici d'igiene; 2. Uffici veterinari comunali; 3. Posizione giuridico economica del personale tecnico addetto ai servizi di vigilanza igienica negli uffici d'igiene ed istituti annessi; 4. Ufficiali sanitari liberi esercenti (posizione giuridico economica, azione di classe); 5. Ufficiali sanitari medici condotti (posizione giuridico-economica, azione di classe); 6. Medici fiduciari Istituto Nazionale d'Assicurazione; ore 15. Riunione del nuovo Consiglio federale per l'elezione del presidente e del segretario; ore 15 ½: 1. Proclamazione del nuovo Consiglio federale; 2. Relazione dei revisori dei conti; 3. Congresso 1914 (data, sede, temi, relatori); ore 16 ½: Insegnamento dell'igiene nelle scuole (relatore per la commissione il dott. G. Persichetti).

Alla Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

La Lega nazionale contro la tubercolosi rappresenta l'Italia nel concerto internazionale antitubercolare.

Quale delegato di essa il sen. Maragliano è intervenuto alla recente conferenza di Berlino a rappresentarvi il movimento antitubercolare italiano.

Associazione americana degli immunologi.

Si è costituita a Minneapolis. Minn., il 15 giugno u. s. tra 41 membri, i quali sono stati tutti allievi di Almroth E. Wright di Londra.

La società di propone lo scopo di raccogliere tutti gli studiosi americani dell'immunologia, di promuovere le indagini in tale campo, di diffondere le nozioni relative tra i medici pratici.

Presidente temporaneo della società è G. B. Webb, di Colorado Springs; segretario ne è Martin J. Synust, Montclair, N. Y., 34, South Fullerston Avenue.

Un comitato di cinque membri preparerà i congressi.

Il primo congresso si terrà il 1 giugno 1914, in occasione dell'adunanza annuale dell'« American Medical Association ».

Istituto e scuola di perfezionamento in igiene e polizia medica

A norma dei vigenti regolamenti universitari, nell'Istituto e scuola di perfezionamento in igiene e polizia medica costituito nella R. Università di Torino saranno ammessi nel prossimo anno 1914 ad un corso di cinque mesi (gennaio-maggio) i laureati in medicina, ingegneria, veterinaria, chimica e farmacia e diplomati in farmacia, per studi preparatori agli esami pei posti di carriera sanitaria, governativi e comunali; e ad uno di due mesi (aprile e maggio) quelli che aspirano all'attestato necessario per essere nominati Ufficiali sanitari nei comuni del Regno.

Gli iscritti al primo corso, quinquemestrale, dovranno essere provveduti di un proprio microscopio, con obbiettivo ad immersione.

La tassa di laboratorio, da pagarsi alla cassa universitaria, è di lire 150 per l'iscrizione al 1° corso e di L. 100 per quella al 2°.

Le domande d'iscrizione devono essere dirette al rettore della R. Università.

Onoranze al prof. Bianchi.

Fra gli allievi ed i colleghi dell'on. prof. Leonardo Bianchi si è costituito un comitato, onde festeggiare il 25° anniversario d'insegnamento ufficiale universitario impartito dall'illustre psichiatra. Il Comitato d'onore è presieduto dal prof. Augusto Tamburini; ne è presidente onorario S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione on. Credaro; ne fanno parte le principali autorità

di Napoli, senatori, deputati, professori dell'Università e medici di Napoli ed eminenti psichiatri d'Italia e dell'estero.

Le onoranze avranno luogo il 1° dicembre p. v. nell'Aula Magna della R. Università di Napoli.

Onoranze in Germania.

Il generale medico S. E. von Schjerning, comandante supremo del corpo sanitario militare germanico, ha celebrato il suo 60° compleanno il giorno 4 ottobre.

I servigi importanti da lui resi al corpo sanitario ed all'esercito gli hanno valso, in tale occasione, le più cordiali e vive manifestazioni di simpatia. Un telegramma gratulatorio dell'imperatore esprimeva all'illustre sanitario il convincimento che sotto la sua direzione illuminata il corpo sanitario dell'esercito saprà adempiere degnamente il suo alto mandato.

Il prof. F. A. Hoffmann, direttore della Policlinica Medica dell'Università di Lipsia, ha festeggiato il giorno 13 novembre il suo 70° compleanno.

Il valente clinico e patologo è ben noto per le sue « Vorlesungen über allgemeine Therapie », pel suo « Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten » e pei suoi studi sull'enfisema, sulle malattie del mediastino, ecc.

Il 5 ottobre il prof. Quincke, da tempo ritiratosi dall'insegnamento, ha festeggiato il suo 50° anniversario di dottorato.

Premi a medici rurali.

La Commissione provinciale milanese per la propaganda igienica nelle campagne ha erogato premi speciali ai medici condotti dottori Biaggio di Rho, Tommasini di Pozzuolo Martesana, Arsuffi di Parabiago, Broglio di Magenta, Rossi di Motta Visconti, Zerbi di Arluno, Rusconi di Melegnano, Zoncada di Vaprio d'Adda, Brasca di Niguarda, Vallenzasca di Gorla Maggiore, Magugliani di Ozzero, Rotondi di Gorla Minore, Benzi di Trezzo d'Adda e Brichetti di Busto Arsizio, additandoli alla pubblica benemerenza per le conferenze d'igiene da essi tenute nel 1913 alle popolazioni rurali della provincia.

Beneficenza.

Un incognito ha rimesso al sindaco di Genova lire 30,000 pregandolo di disporne per beneficenza. Il sindaco ha assegnato lire 25.000 agli ospedali civili per sussidi da erogarsi nell'esercizio in corso ed ha ripartito la somma rimanente tra il Pio Istituto dei rachitici, l'Asilo materno ed altre istituzioni di beneficenza della città.

La signora Bramano Giulia vedova Villa ha legato lire 10,000 all'Asilo Regina Elena per le madri povere legittime di Milano.

La signora Maria Verta ha legato lire 25,000 all'ospedale di Castellone (Cremona).

Fondazione per lo studio delle malattie.

Un filantropo viennese, sig. Lichtenstein, ha istituito una fondazione impegnandosi di pagare per 15 anni la somma annua di 50,000 corone, allo scopo di alleviare le sofferenze dell'umanità.

Egli devolve principalmente questa somma allo studio delle malattie e dei rimedi opportuni da opporvi. Ha nominato per amministrare la fondazione un Comitato al quale appartengono molti scienziati e autorità mediche.

Mancato acquisto di mesothorium a Monaco.

Il poderoso movimento determinatosi in Germania per l'acquisto di sostanze radioattive ha subìto un brusco arresto a Monaco di Baviera, ove le autorità municipali non hanno dato l'assenso per il pronto acquisto, già deliberato, di 200,000 marchi (250,000 lire) di mesothorium.

Si presume che i fabbricanti facciano elevare di troppo il prezzo di questa sostanza, la quale dovrebbe costare molto meno del radium, pure conservandone la proprietà essenziali; perciò si ritiene prudente di attendere, prima di procedere all'acquisto.

L'esempio di Monaco verrà certo seguito da altre città della Germania.

Vittima del dovere.

Il dottore Luigi Maremmi, medico condotto a Cavriglia, accorso d'urgenza per molte chiamate nelle ore più calde del 15 e 16 agosto u. s., venne colpito da insolazione, in seguito alla quale si è manifestata una meningo-encefalite che ora lo ha ucciso sfidando le premurose e amorevoli cure dei colleghi.

Lascia nella desolazione la moglie, un figlio e la madre.

Il prof. **Jaboulay** è scomparso nella spaventevole catastrofe del Melun.

Si può dire ch'egli muore vittima del dovere professionale, in quanto che si portava a Parigi chiamatovi quale commissario di un concorso.

Era uno dei rappresentanti più in vista della scuola medica lionese, ove dal 1902 dirigeva la clinica chirurgica.

Quasi tutti i rami della chirurgia furono affrontati brillantemente da lui; ma venne particolarmente attratto dalla chirurgia del cancro e del sistema nervoso. Nessuno ignora i suoi lavori sull'esotiropessia compiuti in collaborazione con Poncet, di cui fu assistente, sulla sezione del simpatico nel gozzo esoftalmico, sulle anastomosi vascolari, ecc.

La sua attività portava l'impronta del suo spirito originale, del suo carattere indipendente, della sua tenacia ammirevole.

Aveva 53 anni.

Il 5 ottobre è morto a 46 anni il prof. **Robert Kutner**, direttore del Kaiserin Friedrich-Haus per gli studi medici post universitari.

A lui si deve il movimento poderoso determinatosi in Germania a favore dei corsi medici di perfezionamento. Costituì all'uopo un'ampia organizzazione e fondò la « Zeitschrift für ärztliche Fortbildung ».

Fu un chirurgo di valore, consacratosi precipuamente all'urologia. Sono ben note ed apprezzate le sue opere « Die Handhabung und praktische Bedeutung der Asepsis für die Behandlung der Harnleiden » e « Die instrumentelle Behandlung der Harnleiden ».

Rassegna della stampa medica.

Kl.-ther. Woch., 29 sett. STREISSLER. « Sulla colelitiasi ».

Rev. del Circ. Méd. Argentino, sett. NELSON. « L'università e la società ». — CONTAMIN. « Il cancro sperimentale ».

Il Lavoro, 31 ott. CAROZZI. « Inchiesta igienico-sanitaria sull'industria della coloritura ».

L'Igiene Sociale, 1 nov. TAMBURINI. « Per un sanatorio marino permanente per i bambini tubercolosi ».

Rassegna di Ped., 7. CATTANEO. « Le ghiandole a secrezione interna nella patologia dell'infanzia ».

Il Cesalpino, 1 nov. FERI. « Sulle più urgenti modificazioni da apportarsi alla vigente legge sugli infortuni del lavoro ».

The Boston M. a. S. Journal, 30 ott. LOVETT. « Trattamento della scoliosi ».

Arch. gén. de Méd., ott. TUFFIER. « La chirurgia intratoracica ».

Riv. Ospedal., 31 ott. BASTIANELLI. « Sulla cura chirurgica dei tumori maligni del colon ».

La nuova Riv. Clin.-Ter., 31 ott. DE RENZI e REALE. « Origine del diabete mellito ».

Pathologica, 1 nov. DURANTE L. « Fisiopatologia del nervo splancnico ». — BOLAFFI. « Particolare forma di sarcomatosi ».

Le Bull. Méd., 1 nov. PINARD. « La donna in stato di ritenzione ».

Brit. Med. Journ., 1 nov. BAINBRIDGE LANE. « La stasi intestinale cronica ». — LITTLER. « Sul trattamento del morbo di Little ».

The Lancet, 1 nov. ANDREWS. « Natura e grado delle differenze specifiche tra i batteri ».

Journ. d. Prat., 1 nov. SERGENT. « Le forme scrofoloidi della sifilide ». — BABINSKI. « Epilessia isterica ».

The Practitioner, nov. ZUNDEL. « L'infantilismo ». — DE KEATING-HART. « Il trattamento del cancro ». — KENNEDY. « Sintomatologia della colelitiasi ».

La Rif. Med., 1 nov. COZZOLINO. « La cutireazione alla tubercolina nella pertosse ». — DE FRANCISCO. « Occlusioni intestinali post-operative ».

Paris Médic., 1 nov. Numero consacrato alla terapia.

La Presse Méd., 1 nov. ROGER. « Azione del cloruro di sodio sulla secrezione renale ». — TROISFONTAINES. « Il galyl, composto arsenicale antisifilitico ».

Bull. d. Sc. Med., ott. BUSI. « L'indagine radiologica del cranio » — BONAZZI. « Particolare lesione nei mietitori ».

La Prov. Méd., 1 nov. PITRES. « Trapianti e innesti nervosi ». — RIVIÈRE. « Esofagite suppurata da corpo estraneo ».

Riv. crit. di Clin. Med., 1 nov. EPIFANIO. « Un riflesso del fascio cardiovascolare: il restringimento dell'aorta e dei grossi vasi alla percussione (esame ortodiagrafico) ».

The Journal A. M. A., 1 nov. WALTER. « I rapporti tra fisiologia patologica e medicina interna ». — WARREN. « Pseudo-difterico nelle vie urinarie ».

Riv. di Ig. e San. Pubbl., 1 nov. GIGLIOLI. « A proposito delle recenti osservazioni di H. Noguchi sull'agente patogeno del virus rabbico ».

Pensiero Med., 2 nov. « La röntgenterapia applicata ad alcune malattie veneree ».

Mediz. Klinik, 2 nov. ROOS. « La questione dell'auto intossicazione intestinale e del suo trattamento ». — MIERALT « I disturbi nervosi e psichici dei tubercolotici polmonari ».

Berl. Klin. Woch., 3 nov. OPPENHEIM e BORCHARDT. « Operazioni per tumori cerebellari ». — POSNER. « Cilindri e cilindroidi ». — HEGLER e v. PROWAZEK. « Ricerche sul tifo petecchiale ». — BERGER. « Il solfato di magnesia nella terapia del tetano ».

Folia gynaecologica, II. CUZZI. « La radiografia del feto nell'utero ». — BERTINO. « L'acetone e l'urobilina in condizioni patologiche ». — AYMERICH. « Sulle cisti coriali della placenta ». — GAIFAMI. « Ovaio cistico in neonata ».

Gaz. d. Hôp., 1-6 nov. BABONNEIX e TURQUETY. « Atrofia renale unilaterale ». — LIAN e CHABANIER. « La secrezione renale degli ipertesi ».

Le Bull. Méd., 5 nov. BABINSKI. « Disorientazione e squilibrio provocati dalla corrente voltaica ».

Gazz. d. Osp., 4 nov. CAPONETTO. « Sull'emostasi definitiva delle resezioni del fegato ». — TROIANI. « Cura della epididimite tubercolare con iniezioni locali alla Durante ».

Jahresk. f. ärztl. Fortb., nov. Oculistica, rinologia e odontologia.

Deut. Med. Woch., 6 nov. DREUW. « Lo stadio iniziale dell'alopecia atrophicans ». — JACOBSON. « Funzioni della prostata e trattamento dell'ipertrofia prostatica ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. Roma, 30 novembre 1913 Fasc. 48

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

PROGRAMMA.

La fede che il gran numero di abbonati serba al « Policlinico » *e la costanza con cui progressivamente questo numero cresce anno per anno — costituendo ormai oltre la metà dei medici italiani — dimostrano che il periodico soddisfa i bisogni della pratica e interpreta le aspirazioni della maggioranza dei nostri colleghi.*

L'esperienza di ormai 20 anni ha additato il segreto del successo: essere sempre disposti ad ascoltare i desideri degli abbonati e a secondare le loro giuste richieste; rinnovarsi di continuo, seguendo, talvolta guidando, i nuovi orientamenti delle questioni mediche, ma senza decampare mai dall'indirizzo clinico ch'è la nostra guida e la nostra forza.

Nelle memorie originali dei due nostri archivi mensili — la sezione medica e la sezione chirurgica — richiediamo essenzialmente e soltanto la severità scientifica nella documentazione delle osservazioni e delle ricerche cliniche.

Nella sezione settimanale, mentre seguiamo da vicino il progresso internazionale in quanto ha di serio e di onesto, lavoriamo nella pratica clinica e per la pratica clinica. I medici italiani hanno piena conoscenza non solo dei criteri cui sono informate le rubriche pressochè costanti del « Policlinico », *ma anche del valore e dello zelo con cui vi attende una forte schiera di valorosi colleghi. La parte sempre più estesa ed intensa che la medicina viene prendendo nella vita sociale ci ha condotto a dare sviluppo a rubriche nuove, che con nuovi e provetti redattori renderemo stabili: le questioni relative alle assicurazioni, all'assistenza sociale, alla profilassi delle infezioni, agli infortuni fermeranno sempre più direttamente la nostra attenzione. La rubrica* « Posta degli abbonati » *che tanto favore ha incontrato presso gli abbonati ha reso necessario un apposito ufficio di consulenza che viene felicemente a innestarsi nell'ufficio di redazione e a completarlo, facendo di tutta la Redazione del* « Policlinico » *un complesso armonico ed attivo, di cui la sopraintendenza dei due Grandi clinici italiani, i professori* GUIDO BACCELLI *e* FRANCESCO DURANTE, *accresce il prestigio. Con la efficace assistenza nelle individuali difficoltà della professione, con la calda e serena difesa degli interessi di classe, con la ricchezza e freschezza delle notizie, il* « Policlinico » *esce dai confini di un periodico tecnico per divenire il vero ed indispensabile* Giornale del medico pratico.

Nell'armonica sua distribuzione, mentre attende al progresso che le discipline cliniche compiono nel mondo, rappresenta il movimento dell'Italia, che si rinnova anche negli studi medici e negli ordinamenti medico-sociali.

L'Amministrazione, che ci ha sempre seguìti nella ricerca del meglio, per evitare dispiacevoli ritardi, ha già pronto un volume di pediatria pratica come premio per l'anno prossimo, ed ha inoltre provvisto a migliorare la carta, affrontando non lieve aumento di spesa.

Ai nostri sforzi concordi non può mancare la benevola accoglienza dei vecchi e nuovi abbonati. Mentre li ringraziamo tutti della fiducia, sollecitiamo il conforto del loro consiglio.

LA REDAZIONE.

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

Istituto di clinica e patologia medica della Università di Camerino
diretto dal prof. ANDREA FERRANNINI.

Sul significato semejologico della reazione del permanganato nell'urina (reaz. di Weisz)

ricerche di ENRICO SALUSTRI, interno.

Moritz Weisz, partendo dal concetto che la tanto nota diazo-reazione di Ehrlich sia dovuta alla ricchezza di una data urina in cromogeni dell'urocromo, trasformabili per ossidazione in questo urocromo, è stato indotto nel 1910 a sostituire la reazione di Ehrlich con un'altra, che fosse più semplice come tecnica e si poggiasse sulla nota azione ossidante dei permanganati.

Così, si è originata una reazione dell'urina, la quale da Weisz è stata proposta con la tecnica seguente.

La urina da esaminare, nettamente limpida e che non abbia subìta la fermentazione ammoniacale, viene diluita con due volte il rispettivo volume di acqua distillata. Con la metà del liquido così risultante si riempie il terzo di una comune provetta e l'altra metà si versa in una seconda provetta, che funziona da testimone. Nella prima provetta si fanno cadere goccie III di una soluzione acquosa di permanganato a 1 per mille, e si agita fortemente il tubo da saggio. Se la reazione è negativa, la miscela non cangia di colore o si tinge leggermente in bruno; se la reazione è positiva, il liquido assume un colorito giallo verdino o giallo oro. Nei casi dubbi, conviene aggiungere altre goccie II della soluzione di permanganato, poichè da questa aggiunta la reazione, se positiva risulta intensificata; se la reazione è negativa, la tinta brunastra rossigna, assunta dalla miscela, resta tale.

Come si vede, la reazione, proposta da Weisz, è superiore di gran lunga, per semplicità, alla diazoreazione di Ehrlich, dippiù, secondo i risultati, riferiti dallo stesso Weisz, non si osserva mai nelle urine normali; non viene simulata da alcuni farmaci (creosoto, tintura di oppio, naftalina), che invece possono mentire la diazoreazione; non è inibita da sostanze, aggiunte artificialmente all'urina, come succede invece per il tannino rispetto alla diazoreazione.

Quanto poi al significato semejologico della nuova reazione, questa additerebbe, secondo Weisz, che lo infermo, a cui appartiene la urina con reazione positiva, trovasi colpito da tubercolosi e che il grado o stadio della medesima è molto avanzato, onde la reazione avrebbe un significato duplice, additando diagnosticamente che la data malattia è di natura tubercolare e che pronosticamente la malattia è molto grave.

Sino a gennaio del corrente 1913, all'estero, su questa nuova reazione di Weisz non si erano pubblicati che i lavori di Vitry e di Mladenoff, il quale ultimo anzi ne fece oggetto della sua tesi di dottorato a Parigi. In Italia, sino a quell'epoca nessun lavoro erasi pubblicato sul riguardo.

Attesa questa scarsezza della letteratura e atteso, d'altra parte, lo spiccato interesse pratico del valore semejologico, che Weisz avea assegnato alla nuova reazione, al Direttore, prof. Ferrannini, parve opportuno affidarmi una serie d'indagini, intese ad assodare il valore clinico della reazione recentissima, e dei risultati ottenuti feci comunicazione il 30 aprile del corrente anno, nella seduta della Società Eustachiana di Camerino Questi risultati, che rappresen-

tano i primi, pubblicati sull'argomento in Italia, sono già riassunti nel resoconto della seduta dell'Eustachiana, stampato su vari periodici.

Nello attuare le ricerche, scelsi nella Clinica medica, e in parte anche nella Clinica chirurgica di questa Università, ammalati del tipo più diverso, come sesso, come età, come natura e stadio del male, come presenza o mancanza di processi febbrili. La tecnica da me seguita, è proprio identica a quella di Weisz e che pocanzi ho specificata. Semplicemente mi è parso opportuno distinguere la reazione in 3 gradi, secondo la intensità differente del colorito giallo oro o giallo verdino, nel caso di risultato positivo, cioè grado minimo, medio e massimo. Per ognuno degl'infermi esaminati, ho ricercata la reazione da 6 a 8 volte, in alcuni persino 10 volte, in urine di giorni diversi.

Tra i fatti osservati, quello che mi colpì anzitutto, è rappresentato dalla mancanza assoluta della reazione o dal suo grado minimo in parecchi infermi di malattie differenti dalla tubercolosi ma intanto di tale grado di gravezza pronostica, che alcuni degl'infermi sono morti in questa medesima Clinica.

Tra questi infermi non tubercolosi e con prognosi infausta, cito:

a) una inferma cinquantaseenne, morta in questa Clinica, con intossicazione nefropatica (la così detta uremia) ed anasarca; un infermo (cinquantaduenne) di nefrite arteriosclerotica e di miocardite artero-sclerotica con anasarca e *delirium cordis*, molto migliorato dopo un mese di cura;

b) tre infermi di pulmonite lobare destra di cui uno quarantenne con delirio gravissimo ma con esito in guarigione, ed un altro, diciannovenne, con stato comatoso, protrattosi per tre giorni, ugualmente con esito in guarigione;

c) un infermo settantenne, con cancro dello stomaco a forma scirrotico-nodulare;

d) un caso di tumore maligno del fegato, cerziorato dalla biopsia dello intervento chirurgico;

e) un caso, letale, di tumore maligno del colon, con metastasi nel bacino;

f) un caso di tumore maligno paraovarico in donna quarantenne;

h) un caso di tumore maligno retroperitoneale con esito letale pochi giorni dopo la uscita **dalla Clinica**;

k) un caso (donna sessantaquattrenne) di trombosi corticale nel lobo rolandico destro per arteriosclerosi con emiplegia sinistra e convulsioni a tipo bravais-jacksoniano;

l) un neuroartritico (trentacinquenne) con plètora addominale e stasi emorroidaria;

m) un caso (giovine trentenne) d'irritazione del vago per infezione da influenza;

n) un caso di calcolosi epatica (donna trentacinquenne, maritata, con prole) con modico ittero ma con intensi accessi colici;

o) un caso di tiflite subacuta (adulto trentottenne, ammogliato, con prole) con esito in guarigione;

p) un caso di carcinoma epatico con metastasi retroperitoneale (cinquantacinquenne, ammogliato, con prole), morto 12 giorni dopo la uscita dalla Clinica.

Tra i casi di malattie, acute o croniche, di natura sicuramente non tubercolare, di gravezza media o minima, con risultato negativo della reazione, cito:

A) un caso di bronchite muco-purulenta cronica, febbrile, con assenza assoluta di bacilli di Koch nello espettorato;

B) un caso di poliartrite subacuta (giovine trentatreenne) di natura sifilitica;

C) un caso di bronchite cronica mucosa senile;

D) un caso di bronchite cronica con enfisema pulmonare ed accessi asmatici.

Tra i casi di malattie, di natura sicuramente tubercolare, ma di gravezza media o minima e che hanno presentato un grado minimo o risultato negativo rispetto alla reazione di Weisz, cito:

1) un caso di pleurite essudativa sinistra specifica con modica febbre e migliorato molto nel corso di 40 giorni;

2) un caso di clorobrightismo in giovane ventiduenne, molto migliorato nel corso di 50 giorni;

3) un caso di pleurite essudativa sinistra (una ragazza tredicenne) con molto versamento sierofibrinoso e febbre piuttosto elevata e in cui spiccò un netto parallelismo tra la evoluzione del male e il risultato della reazione, nel senso che questa si mostrò di grado massimo, quando il versamento e la febbre raggiunsero l'acme, e viceversa si mostrò di grado minimo o risultò assente, quando la febbre scomparve e il versamento pleurico si ridusse a poca quantità;

4) un caso di peritonite cronica (giovine ventitreenne, maritata, con un figlio) con essudato a tendenza plastica.

Tra i casi di malattie, di natura sicuramente tubercolare e di gravezza massima e che hanno presentato la reazione di Weisz con grado massimo, cito:

I) un caso di broncoalveolite e pleurite secca del lobo superiore sinistro (ragazza quattordicenne) con fenomeni cavitari, febbre serotina molto elevata, emaciazione generale, inappetenza, vomito;

II) un caso di broncoalveolite dell'apice destro (donna, nubile, cinquantatreenne) con insufficienza aortica e poliartrite pregressa, di natura tubercolare, morta in Clinica con i sintomi locali e generali dell'acinesi miocardica, preceduta ed associata dall'acinesi dei cuori periferici o arterie;

III) un caso di enteroperitonite specifica subacuta (giovine ventenne, celibe), morto in Clinica;

IV) un caso di broncoalveolite diffusa e versamento peritonitico molto esteso (contadino cinquantaduenne, ammogliato, con prole) con esito letale in Clinica.

Fanno eccezione a questa ultima serie di risultati due infermi: un tubercolotico ventottenne, morto in questa Clinica con caverne pulmonari, diarrea colliquativa e vomito, nefrite specifica; un morbo di Pott in fase iniziale (giovine ventiseenne, celibe), con enteroperitonite cronica per quanto di grado modico, con febbre serotina costante per quanto non superante il 38°.5. Nel primo di questi due infermi ho esaminato ben 15 saggi di urine, e su questi 15 saggi la reazione di Weisz è stata 4 volte di grado medio, 8 volte di grado minimo, 3 volte completamente negativa. Sempre negativo è stato il risultato nell'urina dell'altro infermo.

Da questo complesso di risultati, da me notati, emerge che, quando in Clinica ci troviamo innanzi ad infermi, acuti o cronici, se la intensità del male si presenta media o minima, l'assenza della reazione di Weisz o la sua presenza, ma in grado abitualmente minimo e talvolta medio, non sono elementi di giudizio diagnostico, atti ad escludere o affermare la natura tubercolare del male, però hanno valore nel confermare che questo male, qualunque ne sia la natura, pronosticamente è di gravezza media o minima. Invece, quando ci troviamo innanzi ad infermi, acuti o cronici, se la intensità del male si presenta massima e intanto la reazione di Weisz è negativa o è presente in grado minimo, questo dato di fatto è elemento di giudizio, molto sicuro, per stabilire che la natura del male non è tubercolare.

Finalmente, quando ci troviamo innanzi ad infermi, acuti o cronici, sicuramente tubercolosi, la presenza della reazione di Weisz, se costante e di grado massimo, è elemento di giudizio, abbastanza sicuro, per stabilire che la prognosi in quel tubercoloso è molto grave, abitualmente letale e a breve scadenza. A questa ultima conclusione, però, hanno fatto eccezione 2 su 6 infermi studiati, come ho riferito pocanzi.

Su questo complesso di risultati non hanno influenza, secondo le mie ricerche, nè l'assenza o la presenza ed il grado della febbre, nè le condizioni dello apparato gastroenterico, nè lo stato generale dello infermo come nutrizione e come cenestesi.

Quanto ai risultati, che sono stati pubblicati da altri osservatori posteriormente alla mia comunicazione del 30 aprile, fatta alla Società Eustachiana, Laignel Lavastine, Grandjean, Merklen, R. Pierret e H. Leroy, R. Pierret e P. Bardou, hanno messa in evidenza la spiccata importanza pratica della reazione nello indicare la gravezza e la evoluzione del male nei tubercolotici, e in senso quasi analogo conchiude L. Dozzi in base alle ricerche compiute nello Istit. di Pat. Medica di Padova, diretto dal prof. Lucatello. Fa eccezione la osservazione unica di Dufour, il quale ha riferito di avere notata positiva la reazione nell'urina del suo interno, persona sana e robusta. A questo caso isolato sono da contrapporre i risultati numerosi di Pierret e Leroy, i quali hanno notata mancante la reazione in ogni individuo sano esaminato, senza dire che Dufour non precisa il grado della reazione nel caso unico osservato.

Circa il meccanismo chimico-biologico della reazione, non ho esperienze personali sul proposito. Weisz sostiene che la reazione dipende da sovrabbondanza dell'urina in cromogeno dell'urocromo e per l'azione ossidante del permanganato il cromogeno si trasforma in urocromo. Invece, secondo Pierret e Bardou, l'azione ossidante si svolgerebbe sull'allantoina e suoi derivati, i quali si troverebbero in grande quantità nell'urina, come prodotti disintegrativi del metabolismo purinico e quindi dei nucleoproteidi. Nei tubercolotici molto gravi esisterebbe una esagerata disintegrazione dei nucleoproteidi citologici e prevalentemente nel senso dei derivati della serie purinica, donde la spiccata reazione nell'urina. Di questo concetto Pierret e Bardou adducono come prove la presenza, e con grado elevato, della reazione di Weisz nei liquidi amniotici ed in ogni altro liquido ricco di allantoina; la grande ricchezza in allantoina, osservata nelle urine con spiccata reazione di Weisz. Allo stato normale, si rinviene nell'urina una quantità scarsa di allantoina, al massimo gr. 0.14 per litro.

In conclusione. Secondo i risultati delle mie ricerche, compiute nella Clin. Med. di Camerino, sotto la direzione del prof. Ferrannini, quando in un infermo, che si presenta molto grave ma che lascia dubbi sulla precisa natura del male, l'urina mostra la reazione del permanganato o di Weisz e la mostra in grado massimo e in maniera costante, questo sintoma concorre a stabilire o definire che il male è sostenuto dalla infezione kochiana e che questa è in una fase molto avanzata, per contrario l'assenza o il grado minimo della reazione escludono recisamente che trattasi di tubercolosi, senza contraddire alla spiccata gravezza del male, che è però sostenuto da altra causa; quando in un infermo la malattia si presenta con gravezza media o minima, la presenza della reazione del permanganato o di Weisz non precisa molto sicuramente che trattasi di tubercolosi, pur essendo utile a confermare che il male, qualunque ne sia la natura, è poco o pochissimo grave.

In altri termini, il significato semejologico della reazione rispetto alla diagnosi ed alla prognosi della tubercolosi è molto più importante e più netto negl'infermi, in cui la reazione o è costantemente assente o al contrario è presente in grado massimo e costantemente.

BIBLIOGRAFIA.

MORITZ WEISZ. Medizinische Klinik, 1910, n. 22, 42.

VITRY et MLADENOFF *La réaction de Moritz Weisz (ou épreuve du permanganate dans l'urine des tuberculeux. Valeur pronostique.* Comptes de la Soc. de Biologie, 1912, n. 32.

MLADENOFF. *La réaction de Moritz Weisz (épreuve du permanganate) dans l'urine des tuberculeux; sa valeur prognostique.* Thèse de Paris, 1913.

ENRICO SALUSTRI. *Sul significato semiologico della reazione del permanganato nell'urina.* Soc. Eustachiana di Camerino, seduta del 30 aprile 1913.

LAVASTINE, GRANDJEAN, MERKLEN, DUFOUR. *Recherches sur la valeur de la réaction urinaire de Moritz Weisz au permanganate de potasse.* Soc. Méd. des Hôpitaux, séance du 27 juin 1913.

R. PIERRET et LEROY. *La réaction de Moritz Weisz.* Echo méd. du Nord, 1913, n. 14.

R. PIERRET et BARDOU. *Etiologie de la réaction Moritz Weisz.* Echo méd. du Nord, 1913, n. 15.

L. DOZZI. *Sulla reazione dell'urocromogeno.* Gazzetta degli Osped. e delle Clin., 3 luglio 1913.

SUNTI E RASSEGNE

NEUROPATOLOGIA.

Le anestesie nella emiplegia cerebrale.

(MONIER-VINARD. *Revue neurologique,* n. 16, 1913).

Si è molto discusso sulla frequenza delle turbe della sensibilità nella *emiplegia corticale*: le statistiche dànno risultati molto diversi, i quali dipendono dalle differenze di tempo, che separano gli esami clinici dall'ictus. Sembra nel vero chi afferma la costanza delle turbe sensitive poco dopo l'ictus; qualche mese più tardi sono scomparse nella metà dei casi; più tardi esse esistono meno spesso ancora.

La sensibilità tattile è molto spesso alterata: nei primi giorni, che seguono l'emiplegia, essa è diminuita in quasi tutta la metà del corpo paralizzato, ma a poco a poco si restringe il territorio anestesico.

L'anestesia tattile, prodotta da lesioni della corteccia cerebrale, si presenta secondo certe modalità proprie: eccitazioni tattili di intensità progressiva provocano risposte notevoli per la loro irregolarità e le loro contradizioni. Così una serie di eccitazioni deboli non essendo più avvertite, un contatto più forte risveglia la sensazione, ma, continuando ad aumentare l'intensità della eccitazione, non si provocherà necessariamente una percezione tattile più netta che per i primi contatti e le risposte saranno ora positive, ora negative. Queste irregolarità della percezione tattile aumentano a misura che si prolunga l'esplorazione.

La sola certezza insomma che si può raggiungere è che la percezione tattile sia indebolita, ma questo indebolimento non ha nulla di costante, nè di misurabile.

La stanchezza dell'attenzione è la causa preponderante delle risposte inesatte del soggetto in esame. Questa stanchezza presenta il carattere di non estendersi alle percezioni suscitate in tutto il corpo: essa è limitata al lato emiplegico.

La persistenza anormale delle sensazioni tattili interviene inoltre a turbare le percezioni ulteriori. La prova del compasso di Weber è il complemento classico della esplorazione tattile; la percezione simultanea delle due punte del compasso è regolarmente turbata, anche quando l'anestesia è di debole intensità: la facoltà della discriminazione tattile resta indebolita anche quando l'applicazione delle due punte non è esattamente simultanea.

La sensibilità alle eccitazioni dolorose non è quasi mai abolita in un emiplegico per lesione corticale. Essa può esistere immediatamente dopo l'ictus, ma in generale è passeggera e sparisce dopo 4 o 5 settimane. Tuttavia nel corso della esplorazione può accadere che il malato accusi con una certa lentezza le sensazioni dolorose e che la natura dell'eccitante doloroso, come pure la intensità della sua applicazione, appaiono incerte: il ritardo però e l'esitazione della risposta dipendono solamente dalla ottusa sensibilità tattile concomitante.

La sensibilità termica non presenta di solito maggiori alterazioni nella emiplegia corticale: in generale il freddo ed il caldo sono avvertiti dal lato malato; tuttavia le differenze di qualche grado, riconosciute dal lato sano, non sono apprezzate dal lato paralizzato.

Il senso muscolare fu lungamente studiato negli emiplegici corticali: la nozione di posizione e quella dei movimenti passivi sono generalmente alterate. Questo disturbo può essere molto accentuato, ma il più spesso la coscienza dell'atteggiamento non è che diminuita. La nozione dei movimenti attivi, è alterata in un gran numero d'emiparetici per lesioni corticali: lo stesso si dica della nozione dei pesi. La nozione di dimensione, di forma, di volume degli oggetti è molto comunemente indebolita.

La localizzazione delle sensazioni cutanee (tattile, termica, dolorifica) negli emiplegici corticali dà luogo a pochi errori. Non occorre insistere sulle turbe subbiettive della sensibilità nella emiplegia corticale, vista la loro poca frequenza e la loro debole intensità.

Le *lesioni del talamo* dànno luogo a fenomeni motori e disturbi della sensibilità. A lato dei fenomeni di diminuzione, fu descritta l'iperreazione alle eccitazioni sensitive di ordine affettivo. Questo elemento contribuisce a differenziare in una misura importante le turbe sensitive talamiche da quelle delle lesioni corticali e sottocorticali.

I fenomeni di anestesia per lesione della regione capsulo-talamica sono di diversa intensità, sopratutto secondo la grandezza della lesione. Se il talamo ottico è direttamente interessato, ai sintomi di anestesia si aggiungono i dolori spontanei e la iperreazione alle eccitazioni dolorose. La sensibilità tattile presenta le più grandi variazioni, e non manca quasi mai la sua alterazione. Inoltre un fatto è costante nelle ricerche estesiometriche ed è la possibilità di determinare in ciascuna regione una soglia di percezione tattile fissa.

Non si ha mai stanchezza dell'atenzione. La sensibilità al caldo ed al freddo non è che eccezionalmente abolita in modo completo. È molto più frequente che questo modo di sensibilità sia perfettamente conservato: il caso generale è che si constati nelle estremità un lieve indebolimento delle percezioni termiche. La localizzazione delle sensazioni tattili e termiche è spesso inesatta.

La forma di sensibilità alterata con la maggior frequenza, e spesso con la più grande intensità, nella emiplegia talamica è la perdita del senso di posizione e dell'apprezzamento dei movimenti passivi. Spesso il grado di questa alterazione è lieve ed anche in principio può sembrare che faccia difetto. Anche per queste sensazioni, come per le precedenti, può essere esattamente determinata una soglia di percezione.

La nozione di grandezza, di contorno, di forma, di consistenza sfuggono alla indagine se esiste paralisi motoria completa, o se esiste anestesia tattile molto intensa. Anche per queste ricerche si ha una soglia costante di apprezzamenti stereognostici.

L'iperreazione alle eccitazioni affettive è direttamente subordinata alla distruzione di una regione determinata dal talamo ottico. Essa può essere provocata solo allorchè non esista anestesia completa per tutte le forme di sensibilità. Non solo le diverse eccitazioni cutanee posson produrla, ma anche le eccitazioni muscolari ed articolari, le eccitazioni della sensibilità viscerale, le percezioni sensoriali, ed anche semplici rappresentazioni mentali. La frequenza di questa alterazione sensitiva è molto grande: fu trovata da Head 20 volte in 22 soggetti affetti da emiplegia talamica.

La puntura od il pizzicamento sono le cause provocatrici il più comunemente efficaci. Le pressioni graduali sono un fattore rimarcabile di iperreazione dolorosa: spesso la soglia di percezione è elevata, ma spesso anche si osserva che, a partire dal momento in cui è raggiunta, si provoca una sensazione dolorosa, a volte molto penosa, che tende ad irradiarsi a distanza del punto di compressione in tutto l'arto; la sensazione penosa suole persistere a lungo.

Le sensazioni termiche producono pure l'iperreazione: esse possono far nascere una sensazione dolorosa, ma a volte anche una sensazione gradevole. L'esplorazione della sensibilità viscerale può provocare le stesse iperrisposte di quelle della sensibilità dei tegumenti: anche per essa si ha ha l'esistenza di una soglia assolutamente fissa.

Anchè le eccitazioni psico-sensoriali e gli stati emotivi possono provocare impressioni gradevoli o sgradevoli nella parte emiplegica del

corpo: sensazione angosciosa all'audizione di un pezzo di musica, sensazione di piacere per una emozione gradevole.

I dolori spontanei nella emiplegia talamica costituiscono un segno clinico importante. Essi hanno una data di apparizione variabile, a volte precoci, spesso tardivi. La loro topografia è speciale; sono riferiti non alle articolazioni, ma ai muscoli, pelle, e sono paragonati a pizzicamenti, a bruciature, scosse elettriche. L'acutezza è spesso molto viva. Questi dolori si distinguono da quelli, che costituiscono l'iperreazione alle eccitazioni sensitive, per il loro carattere di spontaneità assoluta.

Somiglianze e dissomiglianze nei disturbi sensitivi nelle due grandi categorie di emiplegie cerebrali organiche. — Occorre ricordare che esiste per ciascuna delle due sindromi di emiplegia cerebrale l'unione di altri disturbi (afasia motrice, o sensoriale, emianopsia, emicorea, emiatetosi, ecc.). Se però queste manifestazioni, preponderanti nel quadro clinico, forniscono elementi sicuri ed evidenti per la diagnosi topografica della lesione enfacelica, le turbe della sensibilità non hanno minor valore.

Le somiglianze esistenti fra le anestesie corticali e talamiche sono molto manifeste: le principali si riferiscono alle alterazioni della sensibilità ed alla loro distribuzione topografica. I fenomeni anestesici non presentano differenze specifiche: nell'una e nell'altra varietà di emiplegia la sensibilità superficiale è affetta in tre modalità principali: tatto, dolore, temperatura; raramente l'abolizione è completa. La sensibilità profonda è molto più alterata della superficiale; il senso stereognostico presenta nei due casi la stessa frequenza di attenuazione.

Un'altra similitudine è creata dall'analogia della distribuzione topografica delle anestesie talamiche e corticali. Esse sono sovrapposte alle paralisi motorie, più accentuate nei punti ove maggiore è il *deficit* motorio; inoltre hanno una distribuzione tegumentaria designata col nome caratteristico di topografia cerebrale. Le anestesie corticali e talamiche sono in opposizione, se si considerano dal punto di vista della loro evoluzione clinica generale e nei loro rapporti reciproci colle turbe motrici, che coesistono con esse così frequentemente. Nella emiplegia cerebrale i fenomeni sensitivi possono presentarsi all'inizio con grande intensità: in altre parole la sindrome emiplegica col massimo di turbe sensitive e minimo di turbe paralitiche si riscontra sopratutto nelle lesioni del talamo, la sindrome opposta dipende piuttosto da alterazioni corticali.

Nell'emiplegia corticale i fenomeni di anestesia si presentano con una fisionomia speciale, di cui i tratti principali sono le percezioni allucinatorie e la rapida stanchezza dell'attenzione, donde la impossibilità di determinare una soglia fissa all'eccitazione efficace. Nell'anestesia talamica, al contrario, la soglia di percezione è fissa per le diverse categorie di sensazioni: la facoltà d'attenzione non è diminuita e le percezioni allucinatorie sono eccezionali. Nelle prove stereognostiche esistono pure alcune diversità. L'emiplegico corticale non porta a questa indagine l'interesse molto vivo, non mostra senso di curiosità: l'esplorazione, la palpazione degli oggetti non risveglia la nozione precisa della forma, consistenza e natura.

L'anestesia talamica si riduce ad una diminuzione, più o meno grande, di percezione sensitiva: raggiunta la soglia di eccitazione, la percezione si ha con integrità del potere di associazione e di paragone delle impressioni sensitive concomitanti, o anteriormente raccolte. La sindrome sensitiva per lesione del talamo ottico non differisce dalla sindrome corticale per le sole particolarità dei fenomeni anestesici; essa esprime un carattere proprio di due fenomeni di un altro ordine: i dolori spontanei e l'iperreazione alle eccitazioni affettive. Secondo certi autori la lesione di qualche altra regione (peduncolo cerebrale, calotta protuberanziale) potrebbe produrre a volte una manifestazione analoga. Questi fatti costituiscono però l'eccezione, mentre la sindrome talamica consente costantemente la presenza del fenomeno, dato che la parte esterna del talamo sia lesa. Per quale meccanismo il talamo interviene nella elaborazione di reazione d'ordine affettivo?

Alcuni attribuiscono i dolori, provocati dalle eccitazioni diverse, e le parestesie ad una azione di irritazione, prodotta dalla lesione. Per gli autori inglesi, lungi dall'essere legata ad un fenomeno di irritazione, la comparsa dei dolori e delle reazioni eccessive alle eccitazioni sarebbe dovuta ad una specie di disquilibrio di una funzione prossima al talamo ottico, in seguito alla scomparsa del controllo sensitivo eseguito normalmente dalla corteccia cerebrale. Il talamo sarebbe l'organo regolatore delle impressioni di natura gradevole o sgradevole; una ipertonia sensitiva corticale sarebbe la conseguenza della lesione della parte più esterna di questo nucleo

P. CIUFFINI.

Pubblicheremo prossimamente:

SCADUTO. *La röntgenterapia delle affezioni chirurgiche tubercolari.*

FISIOPATOLOGIA.

Come originano i calcoli di pura colesterina?

(L. ASCHOFF. *Münch. mediz. Woch.*, 1913, n. 30).

L'autore, in opposizione alla tesi difesa dal Naunyn, sostiene che esistano due diverse specie di calcoli: che alcuni si formino come conseguenza della stasi e di alterazioni del ricambio, indipendentemente da fenomeni infiammatori; che gli altri derivino dai prodotti della decomposizione infiammatoria del contenuto della cistifellea e dagli essudati della parete di questa. Egli sostiene inoltre che i calcoli una volta formati conservino le loro qualità, così che dalla struttura di essi si possa indagarne l'origine.

Il Kretz e lo Schade ritennero che la impalcatura proteica dei calcoli derivasse dalla precipitazione non reversibile di una sostanza colloide che il Kuru credette di poter identificare con la fibrina, basandosi su colorazioni col metodo di Weigert. Ma da ricerche dell'Ayoama risultò che questa concezione non poteva sostenersi: sia perchè il detto metodo di colorazione in questi casi dà risultati molto vari; sia perchè è molto varia la struttura della impalcatura proteica dei calcoli e solo raramente ricorda la struttura reticolata della fibrina.

Il dottor Ayoama, che ha studiato la struttura della impalcatura proteica dei diversi calcoli, ha trovato che molto varia ne è la disposizione e l'abbondanza e che nei calcoli di pura colesterina manca completamente o ne esiste appena una traccia nel centro di cristallizzazione. Questo per l'Aschoff sta a confermare che i calcoli di pura colesterina si formino senza l'intervento di fattori flogistici; perchè non può ammettersi che la sostanza proteica sia in seguito scomparsa pur rimanendo intatte le deposizioni cristalline. Si è sentita la necessità di distinguere tra i calcoli di pura colesterina quelli a struttura raggiata, e quelli a struttura stratificata. A queste varietà distinte dal Bacmeister se ne può aggiungere un'altra a struttura raggiata e finamente penniforme; e un'altra in cui la colesterina forma grossolane trabecole irregolarmente intrecciate, senza che sia neppure accennata una disposizione raggiata. Questa ultima varietà rappresenta per l'Aschoff la forma più pura dei calcoli di colesterina. Essa risulterebbe dalla tumultuosa precipitazione di una grande quantità di sostanze cristalloidi e non potrebbe essere spiegata come trasformazione di altre forme di calcoli di colesterina pigmento e calce.

Mentre la scarsità e la disposizione della impalcatura proteica parlano contro l'origine infiammatoria dei calcoli di pura colesterina, le osservazioni cliniche parlano per una dipendenza di questi da alterazioni dei ricambio della colesterina. Si sa che il plasma sanguigno delle donne gravide è molto ricco di lipoidi; e da ricerche del Pierce e di Mc. Nee risulta che anche la bile delle gravide è molto ricca di colesterina.

Pensando anche alla disposizione alla stasi nel deflusso della bile che può insorgere durante la gravidanza o durante il parto, ci spieghiamo come in questi casi possano formarsi calcoli di pura colesterina. Infatti questi, secondo le osservazioni dell'Aschoff, si trovano più frequentemente in giovani donne che hanno partorito.

Del resto non sono ancora concordi le opinioni su la origine dal sangue dell'aumento di colesterina nella bile delle gravide.

Infatti il Naunyn sostiene che la colesterina della bile derivi solamente dagli epiteli delle vie biliari. Però la quantità di colesterina formata per sfaldamento delle cellule epiteliali deve essere molto piccola; e non potrebbe spiegarsi la origine dei calcoli di pura colesterina, che insorgendo indipendentemente da fenomeni flogistici, richiedono un'abbondante desquamazione di cellule epiteliali da cui deriverebbe la colesterina. D'altra parte l'Aschoff ha dimostrato, iniettando latte di vacca nella cistifellea di cani, che l'epitelio di questa è più atto all'assorbimento che alla secrezione. Un fatto che parla direttamente contro l'ipotesi dell'origine locale della colesterina è questo, che allacciando il coledoco aumenta il contenuto di colesterina nel sangue (Chauffard, Mac Nee); quest'ultimo autore ha trovato, producendo nei cani un ittero emolitico da toluilendiammina, che il contenuto di colesterina nella bile aumenta parallelamente all'aumento della stessa sostanza nel sangue.

I calcoli di pura colesterina, sebbene nascano senza l'intervento di fattori flogistici, possono, una volta formati, facilitare l'insorgenza di una flogosi secondaria; ma il trovare in un certo numero di casi la parete della cistifellea perfettamente normale conferma che l'opinione dell'autore sulla loro genesi non infiammatoria corrisponde alla realtà.

Un calcolo di pura colesterina può incunearsi nel collo della cistifellea o nel cistico, e dalla infiammazione della cistifellea può allora prendere origine un empiema o un idrope (idrope primitivo): in questo caso il calcolo non subisce modificazioni. Ma se il calcolo si scioglie in parte o cessa l'incuneamento, l'infezione della bile che entra ed esce dalla cistifellea dà nascita a nuovi calcoli di origine infiammatoria, o a stratificazioni flogistiche intorno al calcolo di pura colesterina (calcolo combinato). Anche i calcoli così originati possono occludere il cistico e determinare un idrope della cistifellea (idrope secondario). Il Kretz spiega diversamente la origine del calcolo combinato. Per lui il nucleo di pura colesterina rappresenterebbe il calcolo primitivo nato per la trasformazione di un antico calcolo di colesterina pigmenti e calce, e intorno ad esso si sarebbero sovrapposti dei nuovi strati di colesterina pigmenti e calce. Come appoggio alla sua ipotesi, che i calcoli di pura colesterina derivino dalla trasformazione di quelli di colesterina pigmenti e calce, il Kretz adduce la osservazione di aver trovato calcoli di colesterina solo in persone molto avanzate di età. Ma l'Aschoff può opporgli i risultati della sua statistica, e specialmente il fatto che egli trovò un calcolo di pura colesterina in un fanciullo di dieci anni.

L'argomento più importante e non mai confutato contro la dottrina della metamorfosi sostenuta da Kretz e da Naunyn; sta nel fatto che in nessuna cistifellea è stato mai trovato più di un calcolo di pura colesterina o più di un calcolo combinato. Anche nelle cistifellee con numerosi calcoli non è stato mai trovato più di un calcolo combinato. Questo fatto che conferma ed illumina la dottrina dell'Aschoff resta incomprensibile accettando la dottrina della metamorfosi, perchè ammessa una lenta trasformazione dei calcoli, si dovrebbero trovare frequentemente, nei casi antichi, più calcoli di pura colesterina, o più calcoli combinati in una stessa cistifellea, o gli uni accanto agli altri.

Del resto per ammettere che un calcolo di colesterina pigmenti e calce, a struttura raggiata o stratificata e fornito di una impalcatura proteica spessa e con struttura speciale, possa trasformarsi in un calcolo di pura colesterina disposta a grosse trabecole e quasi completamente privo di impalcatura proteica si dovrebbero ammettere potenti dissolvimenti e nuove cristallizzazioni. Hansemann ha recentemente sostenuto che i calcoli biliari possano di nuovo sciogliersi nella bile, ed ha dimostrato sperimentalmente che i calcoli dell'uomo si sciolgono se posti nella cistifellea dei cani. Che il dissolvimento possa verificarsi anche nell'uomo non è stato dimostrato, ma l'Aschoff crede che per i calcoli di pura colesterina ciò sia ammissibile. Il dott. Ayoama ha trovato che i calcoli biliari dell'uomo non si sciolgono nella bile ottenuta da fistole biliari di uomini, ma si sciolgono nella bile del cane che è povera di colesterina. Il dissolvimento della impalcatura proteica dei calcoli non è stato ancora dimostrato.

La questione trattata dall'Aschoff non è di importanza puramente teorica ma può anche illuminare di consigli la pratica del medico.

Se si riflette che una buona parte dei calcoli si iniziano come calcoli di pura colesterina, si può tentare il loro dissolvimento con una dieta che faccia diminuire la quantità di colesterina nella bile. Parimenti una dieta appropriata e specialmente l'adatto movimento del corpo possono riuscire ad evitare l'eccessiva concentrazione di colesterina nella bile e così ad allontanare le condizioni che determinano la formazione del calcolo.

F. BRUNI.

CHIRURGIA.

Dei sarcomi primitivi dei muscoli.

(F. LANDOIS. *Berliner klinische Wochenschr.*).

I sarcomi dei muscoli delle estremità del tronco e della testa quali tumori propri dei tessuti connettivali, si originano dalle aponeurosi muscolari o dai muscoli stessi. Si è fatta perciò una netta distinzione clinica tra sarcomi delle fascie aponeurotiche e sarcomi propriamente muscolari, distinzione che ha anche notevole importanza dal punto di vista prognostico.

Non in tutti i casi è ugualmente facile la diagnosi differenziale.

Nella Clinica chirurgica di Breslavia l'A. ha raccolto dal 1901 al 1912 venti casi di questa specie di tumori.

Macroscopicamente era evidente la sede aponeurotica in sei di questi casi, in altri nove era netta la sede muscolare, negli altri cinque non si distingueva bene per il volume della neoformazione se questa era in rapporto più col ventre muscolare o con la fascia aponeurotica.

Secondo la statistica del Lorenz, fino al 1904 erano stati pubblicati 109 casi di sarcomi primitivi dei muscoli; nel 1912 il Küttner ne ha contati 130, comprese le sue osservazioni personali.

Dal punto di vista istologico l'A. distingue:

a) i sarcomi fuso-cellulari più o meno ricchi di sostanza intercellulare;

b) i sarcomi a cellule rotonde;

c) i miosarcomi (escludendo da questa classificazione i sarcomi a struttura mista, i condro-lipo-angio-sarcomi, ecc.).

Di 9 casi osservati nella Clinica di Breslavia, 4 erano a tipo fuso-cellulare, 4 a struttura rotondo-cellulare, 1 mixosarcoma.

Secondo l'A. non in tuti i casi di sarcomi sarebbe ammissibile l'origine embrionale della neoformazione.

Nella maggior parte dei casi i fasci muscolari a causa dell'infiltrazione neoplastica, subiscono alterazioni regressive, con degenerazione vacuolare delle fibre, metamorfosi grassa e atrofia.

Nella letteratura sono descritti dei tumori connettivali maligni, nei quali oltre agli elementi connettivali, le fibro-cellule muscolari avrebbero avuto parte attiva nella proliferazione neoplastica (Forster, Waldeyer, Sokolow, Weber, ecc.).

Queste osservazioni sono state messe in dubbio da altri autori (Christiani, Rindfleisch, ecc.), perchè in generale è per lo meno molto raro che due tessuti differenti abbiano contemporaneamente parte attiva nella neoformazione.

Grawitz ha dimostrato in maniera evidente l'esistenza di sarcomi che si originano esclusivamente da elementi muscolari, e li ha denominati *sarcomi miogeni*.

Che gli elementi muscolari possano prender parte attiva nelle flogosi, nei processi di riparazione delle ferite, sopra tutto nella miosite cronica e nella sifilide dei muscoli, a volte con vere forme di mitosi, è stato chiaramente dimostrato con ricerche recenti numerose del Neumann, Landois, Grawitz, ecc., in contrapposto all'antica opinione che i muscoli rimanessero passivi di fronte a tutte le influenze esterne, e fossero soltanto capaci di alterazioni regressive.

L'A. ha studiato l'istologia di due sarcomi muscolari nell'Istituto di patologia di Greifswalder, nei quali risultava evidente la partecipazione attiva degli elementi muscolari nella proliferazione neoplastica: fra le cellule fusiformi ha osservato numerose cellule muscolari in mitosi.

I nove casi osservati nella Clinica chirurgica di Breslavia furono trattati con la estirpazione radicale; in un caso si dovette procedere all'amputazione omero-toracica a causa della recidiva.

Nei due anni successivi all'operazione, quattro pazienti ebbero esito letale. Dei 5 superstiti, in un caso solo si ebbe guarigione definitiva sicura; in due casi si ebbe recidiva locale; degli altri due si ebbero soltanto notizie indirette. Si ebbe dunque una mortalità del 44 %, e fra i superstiti il 60 % di recidive.

Queste cifre della piccola statistica dimostrano tutta la gravità della prognosi dei sarcomi primitivi dei muscoli, paragonabile a quella dei sarcomi periostali delle ossa lunghe. Negli uni e negli altri s'impone la necessità di un intervento chirurgico demolitore più precoce che sia possibile: nei casi più avanzati si amputi generosamente o si disarticoli in corrispondenza dell'articolazione più vicina. P. S.

Cisti idatidee delle ossa.

(M. C. BARDIN. *Gazette des hôpitaux*).

Le cisti idatidee delle ossa sono rare: basti pensare che il parassita deve percorrere un lungo tragitto superando due fitte reti di capillari, quella epatica e quella polmonare, per giungere al ventricolo sinistro che lo lancerà nel circolo generale dove sarà arrestato finalmente dalla rete capillare periferica.

La causa che sembra realmente agire determinando l'arresto del parassita in seno all'osso è il trauma che viene trovato in quasi tutte le osservazioni, e che fu sperimentato con risultati positivi. In ogni modo, giunto in seno all'osso, di cui sono preferite le epifisi per l'abbondante vascolarizzazione, il parassita si sviluppa dando luogo alle cisti idatidee, che si presentano sotto due forme ben distinte: la forma uniloculare, rarissima, e la forma pluriloculare, la più comune.

La forma *uniloculare* è la forma delle comuni cisti idatidee: l'embrione divenuto vescicoloso si circonda dell'avventizia. La membrana interna prolifera, le dimensioni si accrescono, il liquido diviene più abbondante, la parete ossea è progressivamente usurata, assottigliata, distrutta.

La forma *pluriloculare* è la forma sulla quale si sono emesse le più svariate teorie, da quella che ammette una tenia differente dalla tenia delle cisti uniloculari a quella che considera le

vescicole come risultato della trasformazione di un egual numero di embrioni; da quella che suppone una proliferazione per segmentazione della vescicola primitiva a quella che suppone la rottura della vescicola madre con disseminazione delle vescicole figlie nelle areole dell'osso, ecc. L'A. conclude che la forma multiloculare deve intendersi con una ragione del tutto meccanica e non si differenzia dalla forma comune: è la speciale struttura dell'osso che costringe le cisti a scivolare in tutte le piccole cavità ossee che trova o che forma da sè stessa.

Le cisti *uniloculari* sono rare: esse proliferano secondo il modo endogeno, evolvono lentamente e possono persistere lungo tempo inavvertite, costituendo come dei tumori benigni.

Le cisti *pluriloculari* sono invece molto maligne: si sviluppano a preferenza nella sostanza spugnosa areolare e con vascolarizzazione abbondante. In un primo periodo (d'infiltrazione) il focolaio non ha limiti distinti: le vescicole confluenti al centro, sono disseminate nella periferia che rappresenta la zona d'invasione. In un secondo periodo (di stato) il tessuto compatto va scomparendo, la circolazione si ostruisce e vi è necrosi della parte centrale: si ha così una cavità ripiena di un liquido puriforme, non fetido, di quantità variabile, dovuto a degenerazione granulo-grassa degli elementi cellulari e nel quale sono rari uncini ma numerose vescicole di volume variabile e talora dei piccoli sequestri. La parete della cavità è formata da tutto ciò che resta dell'osso ed è rivestita da una membrana limitante che molti autori hanno negata forse per speciali circostanze di osservazione (Gangolphe). Cosa degna di nota, il periostio non presenta nessuna reazione, donde facilità di fratture e ritardo di consolidamento. Con il progressivo diffondersi delle idatidi il tessuto osseo è completamente distrutto, le masse muscolari spostate lasciano anch'esse delle cavità che si riempiono di liquido comunicante con quello della cavità centrale. In qualche caso si ricordano lesioni delle vene, mai dei grossi vasi e dei nervi.

La rarità delle cisti idatidee delle ossa spiega i numerosi errori diagnostici commessi: elementi diagnostici sono innanzi tutto le *fratture spontanee* delle ossa lunghe, specie se ripetentisi a breve distanza di tempo. Nelle ossa piatte la *puntura esplorativa* della tumefazione dà esito a liquido sieroso o verde pisello mescolato a gocciolíne brune acajou ed avanzi di idatidi, oppure a liquido limpido, incoloro dove il microscopio svelerà gli uncini. Il *dolore* non è costante nè caratteristico. La *radiografia* sarà di utilità mostrando l'assenza della reazione periostale ed il tessuto spugnoso crivellato d'areole. Potranno infine soccorrere l'esame del sangue (eosinofilia), la reazione di Bordet, la sierodiagnosi.

L'echinococco delle ossa è sempre di *prognosi* grave, specie in rapporto alla sua localizzazione. Le cisti del rachide sono state sempre di esito letale e così presso a poco quelle del bacino. Qualche caso di guarigione delle cisti del cranio lasciò sempre tristi conseguenze, come perdita della visione o indebolimento delle facoltà intellettuali. Agli arti si è dovuto quasi sempre terminare con l'amputazione o disarticolazione e non sempre con successo.

Nei riguardi della *terapia* non vi è che un solo metodo di cura: aprire la cavità ed asportare più radicalmente possibile il focolaio parassitario. Quando questo è limitato, aprire ampiamente, ricercare attentamente ogni vescicola, per quanto piccola, e asportare quanto più è possibile della membrana limitante, facendo seguire abbondante irrigazione. L'A. consiglia i lavaggi di formolo (1 %) da ripetere ad ogni medicatura.

Quando il focolaio è esteso bisogna chiedere al paziente un sacrificio maggiore, poichè bisognerà demolire ampiamente tenendosi lontani dal focolaio stesso. E così per gli arti talora non basterà amputare e converrà disarticolare; e così pel bacino la cui localizzazione portò quasi sempre la morte. Che se l'articolazione dell'anca è anch'essa invasa e se lo stato dell'ammalato lo permette, si giunga alla disarticolazione interileo-addominale, la quale non darebbe che una mortalità del 28 % e che sola, secondo l'A., può arrestare la fatale marcia invadente delle idatidi.

GIUSEPPE GIORDANO.

Il fascicolo di novembre 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

OSSERVAZIONI CLINICHE

R. OSPEDALE DI MODIGLIANA
diretto dal dottor RICCARDO CARNELLI.

Un caso di occlusione intestinale da diverticolite di Meckel

per il dott. RICCARDO CARNELLI.

Il diverticolo di Meckel che, come sappiamo, costituisce un'anomala formazione anatomica dell'intestino ileo, ha acquistato, in questi ultimi anni, una grande importanza chirurgica perchè e per la sua sola presenza, e per varie altre cause, può essere motivo di serii inconvenienti relativi alla funzione intestinale.

Il diverticolo di Meckel, detto anche *diverticolo intestinale congenito* o *diverticolo solitario*, è una appendice dell'intestino che ha la sua origine, lateralmente, dalla parte inferiore dell'ileo al disopra della valvola ileo-cecale e ad una distanza di circa 80 centimetri e perfino di un metro.

Esso è formato da tutti gli strati della parete intestinale e provvisto di abbondanti vasi.

Come sappiamo, nell'adulto, esso rappresenta un residuo del canale onfalo-mesenterico che, nell'embrione unisce l'intestino tenue al sacco vitellino. Secondo le statistiche del D'Augier, concernenti 200 cadaveri, del Kelynack, riguardanti 298 individui, si può ammettere che il diverticolo del Meckel si trovi, all'incirca, 2 volte su 100.

Questo diverticolo dell'ileo foggiato a dito di guanto, più o meno lungo e più o meno largo ha una certa parte nel produrre la occlusione intestinale, se è vero che su 100 casi di occlusione, 6 sono da esso prodotti. (Fitz-Réginal).

È questa relativa rarità che mi ha suggerito l'idea di illustrare il caso che ho potuto osservare.

Ho detto relativa rarità, inquantochè, oggigiorno, dopo studi più recenti e dopo investigazioni e ricerche anatomopatologiche più minuziose ed esatte, i casi di occlusione intestinale prodotti dal diverticolo di Meckel sono forse più di quello che non si creda e bisognerebbe che il pratico avesse tutto l'agio e la libertà di poter studiare nei cadaveri di tanti individui nei quali, se fu fatta giustamente la diagnosi di occlusione intestinale, non ne fu fatta quasi mai la diagnosi anatomopatologica. Si approfondirebbero forse, così, le nozioni di un capitolo di diagnostica ancora quasi oscuro, nonostante i lavori del Malgaigne e Blunt, del Dreifuss, del Perthes, del Graser, dell'Edel, del Reinbach, del Mertens, del Castellino, ecc., perchè ancora oggi, difficilmente ed anzi quasi impossibile riesce formulare, clinicamente, una diagnosi di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel, senza confonderla con una peritiflite, un'appendicite, un volvulo, un ileo adinamico o meccanico di altra natura.

Dai lavori degli autori suddetti che hanno molto illuminata la patologia del diverticolo di Meckel, sappiamo come esso possa trovarsi a fare parte delle ernie e come, per il primo, Littre abbia studiato questa ernia che si chiama appunto l'*hernia Littrica*.

Nel diverticolo di Meckel si possono inoltre osservare delle cisti da ritenzione che talvolta raggiungono un volume notevole, tanto da dar luogo a seri inconvenienti.

Oltre le cisti si può avere la formazione di corpi estranei, che hanno la loro origine simile a quella dei calcoli stercoracei che si riscontrano nell'intestino e che, talora, colla loro presenza e per il lungo soggiorno possono dar luogo a catarri o ad ulcere da decubito, producendo perfino la perforazione del diverticolo, con tutto il quadro di una peritonite circoscritta o di una peritiflite.

In quanto alla possibilità che ha il diverticolo del Meckel di dar luogo ad un ileo si ammette, che per la sua conformazione e per la libertà di movimento di cui gode possa avvolgersi intorno ad un'ansa intestinale e strozzarla oppure, come talora si osserva, ciò avviene perchè dall'estremità libera del diverticolo può staccarsi un cordone fibroso che arriva fino all'ombelico e può, colla sua tensione, strozzare un'ansa intestinale. Nel caso da me osservato non si trattava veramente di un cordone fibroso che raggiungeva l'ombelico ma di una briglia peritoneale che partendosi dall'apice del diverticolo si estendeva fino al duodeno che strozzava.

Altre volte un ileo può esser prodotto per invaginazione del diverticolo nell'intestino, o viceversa per invaginazione dell'intestino nel diverticolo.

Ed ora ecco il caso:

Certo G... L..., d'anni 60, da Modigliana, viene colto improvvisamente da un forte dolore addominale in corrispondenza del quadrante superiore destro, subito al disotto del bordo costale, sulla linea parasternale destra.

Egli presenta costipazione, singhiozzo e ventre meteorico.

È bene notare che il paziente è uomo di robusta costituzione fisica, con masse muscolari

ben sviluppate, con pareti addominali ricche di tessuto adiposo, per cui non tanto facili riescono le consuete indagini cliniche.

Tuttavia notasi subito una leggera tumefazione, nel punto dolente, indicato dal malato. Essa sembra estendersi in senso orizzontale e quasi corrispondente ad una parte del colon trasverso. Colla percussione si rileva un leggero suono timpanico e colla palpazione, eseguita molto accuratamete, si sente questa intumescenza quasi pastosa e riducibile nel suo volume.

Non potendo, lì per lì, stabilire una diagnosi sicura, si prescrive al paziente un leggero purgante e l'applicazione della vescica di ghiaccio, nell'intento di rivedere il giorno dopo, se tale intumescenza fosse diminuita.

Intanto, interrogato il paziente minuziosamente e, scartata subito l'ipotesi d'una comune colica, pensammo ad una lesione in tutta vicinanza dello stomaco, in corrispondenza delle regioni più alte dell'intestino. Forse un tumore del piloro che colla sua presenza esercitasse una qualche compressione sul colon?

Ma dall'amnesi del paziente niente rilevasi che possa far sospettare ad un tumore. Egli sostiene d'essere stato sempre bene; di non ricordarsi di essere stato mai malato fino a 12 anni fa, nella quale epoca ebbe a subire il tifo e che solo, durante questa malattia, ebbe un giorno dei dolori vivissimi nell'addome ma non ricorda dove; non sa precisarne il punto; l'indica malamente nelle vicinanze della regione ombelicale.

Del tifo guarì completamente e da 12 anni egli è stato sempre bene senza aver mai sofferto alcun disturbo gastrico od intestinale.

D'altra parte, lo abbiamo già detto, è uomo robusto e grasso; non presenta alterazioni pigmentarie della cute, non ingorghi ghiandolari, ganglionari; le sue abitudini sono state sempre sobrie non avendo mai abusato di alcool, di tabacco nè di venere. Assicura, inoltre, di non aver mai contratto nessuna infezione celtica o sifilitica. Per tutte queste ragioni quindi ci sembrò di dover scartare subito la diagnosi di un tumore.

Il giorno dopo quando rivedemmo il paziente, che aveva già avuto il benefizio d'un abbondante evacuazione, in seguito all'azione del purgante, la intumescenza nel quadrante superiore destro, era scomparsa e colla palpazione prolungata e profonda niente trovasi del quadro del giorno precedente. Però un nuovo sintomo era apparso; il vomito di sostanze col caratteristico colore della bile.

Un nuovo dubbio sorse allora, se avesse potuto trattarsi di un'occlusione intestinale del duodeno al disotto dell'orificio duodenale, per modo che la bile fosse costretta a risalire nello stomaco.

In questa ipotesi ci sentimmo incoraggiati dall'osservazione ulteriore del paziente e dal rinnovarsi periodico del vomito che accadeva ogni 24 ore, mentre nello stesso periodo di tempo, la intumescenza del quadrante superiore destro subiva delle oscillazioni volumetriche.

L'impedimento dunque, nelle regioni più alte dell'intestino doveva esserci, ma quale? Di che natura? Era ciò che avremmo desiderato stabilire clinicamente.

Lungi dal supporre, come potemmo constatare in seguito, che tale impedimento fosse dovuto ad una briglia originatasi dal diverticolo di Meckel, pensammo anche ad una calcolosi biliare; ma l'assenza d'ittero, per quanto calcoli del coledoco anche se grossi come noci, non determinino sempre di necessità l'ittero e l'anormalità di sede del tumore cistico, l'assenza di dolore e di febbre ci fecero scartare anche questa ipotesi.

Neppure una cisti da echinocco del fegato che comprimesse in qualche maniera posteriormente il duodeno ed il canale coledoco, ci parve illuminare la diagnosi, perchè la superficie del tumore che si poteva osservare all'esterno, benchè liscia, non era costante scomparendo col vomito. Questa circostanza di volume non è un carattere delle cisti da echinocco inquantochè esse mantengono una relativa tensione e lo stesso volume finchè non vengano, in qualche modo, svuotate. Anche la mancanza del fremito idatideo, per quanto essa sia un segno non sempre facilmente riscontrabile, ci fece ritenere non giusta questa ultima ipotesi.

Il malato, insomma, proseguì in questo stato di cose per 3 giorni, durante i quali, benchè noi avessimo già avanzata l'idea d'una pronta laparatomia, ormai convinti che un ostacolo doveva esistere al circolo fecale, egli si rifiutò ostinatatamente, perchè tolto il vomito periodico di sostanze biliose, non aveva altre sofferenze che, secondo lui, esigessero l'opera pronta d'un chirurgo.

Finalmente, però, persuaso e trasportato nell'Ospedale, fu sottoposto alla laparatomia.

Operazione. — Aperto l'addome con un taglio longitudinale, lungo il margine esterno del muscolo retto di destra, che partendo dall'arcata costale inferiore arriva fino presso quasi all'ombelico, dopo non brevi ed accurate esplorazioni nella cavità addominale, troviamo una sottile briglia, che strozza il duodeno proprio al disotto dell'orificio del coledoco. Tale briglia lunga circa un 20 cm., passa sopra le anse intestinali del tenue incrociandole quasi obliquamente e seguendola nel suo decorso, troviamo ch'ella fa capo ad un diverticolo di Meckel abbastanza voluminoso ed in tutta vicinanza della regione ombelicale. Tale briglia, di consistenza carnosa, è più larga e spessa verso il punto di origine, mentre si mostra sottilissima e quasi filiforme nel punto ove produce lo strozzamento.

Liberato il duodeno da questo impedimento, con un semplice colpo di forbici si reseca, fra due legature, la briglia carnosa ricca di vasellini di neoformazione e l'asportiamo.

L'intestino così liberato riprende subito il suo calibro normale e non trovandovi alcuna alterazione di sorta sulla parete, l'operatore non giudica opportuna alcuna resezione in vista anche dello stato assai grave del paziente per la prolungata narcosi.

Richiuso così l'addome, il circolo intestinale viene ripristinato completamente ed il paziente ha anche il benefizio di due scariche alvine colla contemporanea scomparsa del vomito: tutto quindi lascia supporre ad una pronta ed immediata guarigione. Senonchè, il giorno dopo le cose cambiano improvvisamente: una perforazione intestinale nel punto ove esisteva lo strozzamento, induce ad una peritonite generalizzata e alla conseguente morte del paziente.

Ora questo caso, come l'abbiamo esposto, mi sembra assai importante e dal lato chirurgico e da quello clinico, inquantochè esso si presta a diverse considerazioni anatomo-patologiche, diagnostiche e tecniche.

Anzitutto come si può spiegare la presenza, nell'addome, della briglia strozzante ed originatasi dal diverticolo di Meckel?

Sappiamo che la presenza di aderenze intestinali o di briglie peritoneali presuppone sempre un fatto flogistico peritoneale, inquantochè queste aderenze o queste briglie sono sempre il risultato di una pregressa peritonite essudativa localizzata o diffusa e specialmente specifica, o più raramente, come forse nel nostro caso, l'infiammazione produttiva si è manifestata come tale sin dall'inizio, in seguito ad un processo lento, cronico di diverticolite. Nell'anamnesi del nostro paziente risulta infatti, ch'egli ebbe un'infezione tifica assai grave e che una volta notò un dolore assai vivo presso la regione ombelicale. Perchè dunque non potremo supporre che un processo cronico sia residuato nel diverticolo di Meckel, capace di dar luogo ad una peritonite produttiva e quindi alla briglia trovata?

Egli è appunto questa supposizione che mi ha fatto intitolare questa breve mia nota clinica: « Un caso di occlusione intestinale da diverticolite di Meckel ». D'altronde sappiamo come il processo infiammatorio prodotto dal tifo è sempre più intenso nella porzione inferiore dell'ileo, quindi, nel nostro caso, anche più vicino al diverticolo di Meckel, dove può essersi avuta una lieve perforazione e forse una peridiverticolite. Nè ciò deve meravigliare, quando si pensi, dopo i lavori più recenti sulla patologia del diverticolo, che esso può andare soggetto a quasi tutte quelle stesse malattie che colpiscono l'intestino.

Il nostro caso inoltre mi sembra importante dal lato clinico inquantochè dimostra, ancora una volta, che una diagnosi di diverticolite è pressochè impossibile, potendosi con tutta facilità scambiare con un processo peritiflitico, ben sapendosi quanto può essere variabile la posizione del cieco e sopratutto del processo vermicolare. Tale difficoltà poi appare ancora più manifesta quando, come nel nostro caso, il diverticolo o meglio un processo di diverticolite è in grado di dare un'occlusione intestinale così a distanza dal suo punto d'impianto.

Quello che è certo si è, che nei casi di occlusione intestinale, quando si possono eliminare tutte le altre cause (tumori, peritoniti circoscritte, calcolosi, cisti, ecc.), non deve sfuggire alla mente del pratico anche la possibilità di un diverticolo di Meckel, come causa della occlusione perchè, per quanto l'evenienza non sia poi tanto frequente, abbiamo visto come esso possa avere gran parte, nella patologia dello strozzamento intestinale.

Il nostro caso poi c'insegna come oggi, di fronte ad una sintomatologia di occlusione intestinale di qualsiasi natura, l'intervento chirurgico debba essere sollecito e come ogni procrastinamento dell'operazione possa portare di necessità alla morte.

Dati i mezzi moderni di tecnica e di antisepsi la laparatomia a scopo diagnostico dovrebbe sempre farsi, essendo ormai quasi nullo il rischio e probabile una guarigione e che nei casi, come il nostro, quando abbia che farsi con un'occlusione intestinale, non si deve mai essere restii ad eseguire la resezione del tratto intestinale strozzato, per quanto esso presenti condizioni di vitalità abbastanza soddisfacenti, perchè dal solo esame esterno non possiamo prevedere quali alterazioni profonde e minute esistano dal lato del lume intestinale e che possono essere causa, in seguito, di nefasti successi. A proposito anzi di occlusione intestinale da compressione, credo valga benissimo il detto « che fidarsi è bene e non fidarsi è meglio » e che per ogni tratto intestinale stenosato od occluso vi sia più sicurezza di successo nella resezione che nell'affidamento della *restitutio ad integrum* lasciando le cose come stanno, anche quando apparentemente sembra che si dovesse avverare una guarigione naturalmente.

Modigliana, 31 agosto 1913.

BIBLIOGRAFIA.

KELYNACK. *On Meckel's diverticulum*. Brit. med. Journ., 1897, 21 Aug.

MALGAIGNE et BLUNT. *Note anatomo-patholog. sur les inflammations du diverticule de Meckel*. Bull. et mém. de la Société anat. de Paris, 1899, mai.

DREIFUSS. *Das diverticulum ilei*. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1905, S. 401.

PERTHES. *Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankeit* (*Megacolon congenitum*) 34. Kongr. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1905, II, S. 1.

GRASER. *Das falsche Darmdivertikel*. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1900, Bd. 19.

v. EICHHORN. *Zur Genese der erworbenen Darmdivertikel*. Inaug. Diss. Zürich, 1897.

MERTENS. *Falsche Divertikel der Flexura sigmoidea und des Proc. vermiformis*. Mitteil. a. d. Grenzeb. d. Med. u. Chir., IX, S. 743.

EDEL. *Ueber erworbene Darmdivertikel*. Virch. Arch. Bd. 138, S. 347, 1899.

MONOD e VANVERTS. *Tecnica operatoria*.

TILLMAN'S. *Trattato di chirurgia*.

BERGMANN e P. v. BRUNS. *Trattato di chirurgia pratica*.

CASTELLINO. *Sulla patologia del diverticolo di Meckel*. Riforma medica.

IGIENE APPLICATA.

La lotta contro la tubercolosi in Genova.

Genova è alla testa delle città italiane per la attività e l'energia con le quali ha iniziato e conduce la lotta contro la tubercolosi per opera di un'Associazione sorta nel 1905 e che ha saputo raccogliere mezzi ed energie così da raggiungere risultati veramente ammirevoli.

Nel 1905, per iniziativa di una signora che portava l'idea da Firenze, si radunò un gruppo di signore che insieme ad alcuni medici costituirono il primo nucleo dell'Associazione e già fin da quel primo anno riuscirono a raggruppare 200 soci e a raccogliere 3810 lire.

Fissato un programma razionale e vasto, si cominciò il lavoro con due sezioni: *Squadra di soccorso* e *Dispensari*, le quali dovevano segnalare e assistere i tubercolosi.

Non potendo la Associazione disporre di un dispensario proprio cominciò a giovarsi dell'opera dei Policlinici esistenti allora nella città, i quali le segnalavano i tubercolosi che più specialmente richiedessero una assistenza igienica e finanziaria.

Di ogni infermo veniva redatta su un modulo una storia clinica e un diario e durante questo periodo — che va dal 16 aprile 1906 al 18 febbraio 1909 — l'opera dell'Associazione si esplicò particolarmente in un lavoro di educazione famigliare e di soccorsi fatti a seguito di inchieste domiciliari praticate da un gruppo di benemerite signore opportunamente istruite alla loro filantropica missione.

La *squadra di soccorso* che tuttora funziona è essenzialmente costituita da un gruppo di egregie signore, le quali si sono divise tra loro le varie incombenze necessarie ad assicurare quella continuità di assistenza necessaria alla vitalità della istituzione.

Si sono così costituiti diversi gruppi e precisamente:

1) *un gruppo destinato al turno di servizio* alla sede sociale la quale è aperta regolarmente fra le 15 e le 17 di ogni giorno per la distribuzione dei soccorsi;

2) *un gruppo di signore visitatrici* a cui è demandato l'obbligo di praticare, in seguito alla visita e segnalazione del medico, una inchiesta domiciliare intesa a stabilire le condizioni finanziarie del paziente e quelle igieniche della sua casa;

3) *un gruppo di signore propagandiste* incaricate di prestare la loro opera a vantaggio della istituzione col diffonderne la conoscenza e gli scopi, col procurare nuovi soci e collo studiare e attuare tutti quei mezzi che possano valere ad aumentare le risorse dell'associazione.

L'*inchiesta domiciliare* forma certamente la parte più importante nell'opera di profilassi antitubercolare in quanto che, redatta su un modulo unico, nel quale sono contemplate tutte le ricerche che valgano a determinare l'ambiente in cui vive il tubercoloso, essa costituisce la base sulla quale si possono applicare quei provvedimenti di indole umanitaria e igienica che sono necessari nei singoli casi. Essa ricerca:

Nome, cognome, età del paziente, domicilio, professione, stato civile.

Da quanto tempo data la malattia attuale. Membri della famiglia viventi. Loro stato di salute. Se esistono ascendenti o collaterali.

Professione del padre, della madre, dei fratelli e corrispondente salario.

Se il paziente ha famiglia, professione del coniuge, numero dei figli, professione e salario.

Nome e indirizzo dei padroni del paziente, del marito o della moglie, dei figli.

Risorse giornaliere della famiglia prima e durante la malattia. Se ha debiti. Per qual somma e verso chi. Se riceve soccorsi da Opere pie o da privati, o da società di mutuo soccorso.

Se il malato è capace ancora di qualche lavoro e con quale guadagno. Se può uscire o è obbligato a letto. Se la sua alimentazione è sufficiente. Se abusa di alcoolici. Qual'è lo stato dei suoi abiti e della sua biancheria da letto. Se i figli sono a balia o vanno a scuola.

Larghezza della via abitata dal paziente, sua soleggiatura e salubrità. Quante famiglie abitano la casa. Sua situazione dal punto di vista igienico. Se dispone di acqua corrente o di pozzo. Stato delle latrine. Se è fornita di cortile o giardino.

Di quante camere dispone la famiglia. Dimensioni e condizioni della camera del malato. Quanti letti per camera e quante persone per letto. Se il paziente dorme solo. Se sputa e dove. Come si provvede alla pulizia degli ambienti. Come e dove si fa il bucato.

Condizioni d'ambiente dell'officina di lavoro del paziente. Medico curante del paziente: cure fatte. Quali sono i bisogni più immediati del malato e della famiglia. Che cosa si può domandare per il malato al suo padrone. Che cosa si può domandare alle Opere pie. Quale forma d'assistenza può accordargli il dispensario. Necessitando una disinfezione dell'ambiente, preavvisarne.

La cura, durante questo periodo, era naturalmente lasciata al medico di fiducia e si proseguì con questo sistema, invitando nel frattempo anche i medici condotti a concorrere nell'opera di segnalazione dei malati di tubercolosi, fino a che si potè ottenere dal Comune un locale dove aprire (1909) un dispensario, la cui organizzazione fu fatta secondo le note norme dei dispensari francesi e belgi, affidandone la parte diagnostica e terapeutica a due sanitari e la profilattica alle suddette signore della squadra di soccorso, ad ognuna delle quali fu affidata una zona determinata della città.

Esse provvedono pure alla distribuzione di soccorsi che consistono in buoni alimentari (carne, latte, uova), in biancheria personale e da letto, in brande, in sputacchiere, in sapone, in soda, in olio di merluzzo, ecc., e ancora in istruzioni igieniche per preservarsi dal contagio tubercolare istruzioni che debbono avere la maggiore praticità onde corrispondere utilmente al loro fine profilattico.

Allo scopo di evitare che la biancheria personale e da letto del tubercoloso abbia contatto con quella degli altri componenti della famiglia e con quella degli estranei, si fecero fare dei sacchi di varia capacità e ad ogni tubercoloso è dato un sacco numerato dove riporre i suoi effetti personali e letterecci il quale per accordo stabilito con l'Ufficio d'igiene viene poi ritirato dagli addetti alle disinfezioni, portato a sterilizzare e quindi restituito al malato.

Dopo però due anni di esperienza fatta dalla *squadra di soccorso* nella assistenza domiciliare dei pazienti, secondo i suesposti concetti di soccorso al paziente e di protezione per coloro che convivono con lui, si potè constatare in modo chiaro che se tale assistenza poteva fino ad un certo punto giovare al paziente, riesciva quasi sempre inefficace a proteggere chi lo circonda, sia per le strettezze dell'ambiente e la miseria delle suppellettili, sia per l'impossibilità di poter esercitare un serio e continuato controllo sulle condizioni igieniche dell'ambiente stesso.

Preoccupato da un tale stato di cose, il Consiglio direttivo della Associazione comprese che un'opera efficace di profilassi solo si sarebbe potuta attuare quando si fosse potuto, in mancanza del ricovero del paziente all'ospedale, isolarlo nei modi più umani e nello stesso tempo rigorosi dalla sua famiglia e particolarmente dalla sua prole.

Riusciti vani i tentativi fatti di procurarsi una area per richiamarvi, durante il giorno, i bambini figli di tubercolosi, e ciò per le speciali condizioni topografiche e per la scarsezza di aree disponibili entro le mura della nostra città, si è dovuto pensare a cercare nei dintorni una località ove fosse possibile creare, in condizioni climatiche opportune, *un Asilo*, ove i bambini, sottratti al pericolo di contagio, potessero, con un soggiorno più o meno lungo e subordinato alle condizioni del pericolo stesso, ritemprare il loro minacciato organismo.

E la associazione potè felicemente risolvere il problema ottenendo un'area di proprietà municipale, situata nella valle di Chiappeto, nella regione di S. Martino d'Albaro, riparata dai venti e felicemente esposta sui colli che circondano Genova, con un edificio utilizzabile e una vasta zona di terreno coltivata a ulivi e a vigneto a m. 115 sul mare. Adattato il locale con l'aiuto pecuniario di generose persone, si potè aprire l'Asilo il 5 luglio 1908 con 9 bambini che poi aumentarono e con successivi adattamenti e miglioramenti il locale diventò atto a ricevere 45 bambini.

L'accettazione di essi si fa sempre in base ai resultati dell'inchiesta domiciliare che la *squadra di soccorso* compie a ogni segnalazione che sia fatta alla Associazione di un malato tubercoloso. Le condizioni di ammissione all'Asilo sono precise, e cioè *si esige che il bambino sia sano e che viva in un ambiente infetto da tubercolosi, e quindi in pericolo di contagio.*

L'età dei bambini è stabilita fra 3 e 10 anni, e in grazia delle favorevoli condizioni di ambiente per cui è possibile una vita quasi continuamente all'aperto, di una buona nutrizione, di un esercizio del corpo ottenuto con frequenti passeggiate e con una ginnastica appropriata non è da meravigliarsi se la salute abbia avuto a risentirne notevoli benefici, e nessuna malattia degna di nota si è mai avuto a dover registrare.

A integrare l'opera di protezione svolta dall'Asilo, fu iniziata il 28 febbraio 1910, la prima Colonia sussidiaria di campagna a Sant'Olcese.

La scelta di questa località fu consigliata dalla amenità e salubrità del soggiorno, dalla relativa vicinanza alla città e più specialmente dal concorso che alla opera poteva assicurare il medico locale; la colonia iniziata con due bambini, ne accolse successivamente altri 15, tanto che nel primo anno le giornate di assistenza dedicate nella colonia a tali bambini variarono da un mi-

nimo di 30 ad un massimo di 300 — con un complesso di 1954 giornate e una media di 130 per ciascuno.

Prima di essere affidati alla colonia i bambini entrano nell'Asilo campestre di S. Martino ove restano per un tempo vario, ma sufficiente per assicurarsi della loro perfetta salute e per abituarli al distacco dalla famiglia ed assicurarsi della loro attitudine alla vita di campagna.

La designazione delle famiglie destinate ad accogliere i detti pupilli, e che devono essere materialmente e moralmente sane, viene fatta dal medico locale che si è assunto anche l'incarico di invigilare giorno per giorno sulla loro salute e sul loro contegno.

Tutti i bambini frequentarono la scuola e presentatisi agli esami, li superarono egregiamente. Essi trovarono nella popolazione accoglienza simpatica e cordiale.

I risultati furono tali che nel successivo anno 1911 si istituì una seconda sede di colonia a Valleregia in Val Polcevera.

Nel 1910 oltre che a sviluppare le opere già esistenti, il Consiglio direttivo volse il pensiero a iniziare, durante il periodo delle scuole estive, un primo esperimento di *scuola all'aperto*. Una commissione a tale scopo costituita in seno al Consiglio direttivo, studiata la questione, potè con una sollecitudine singolare attuarlo in grazia specialmente del concorso che il Comune prestò alla generosa idea.

La direttiva fu quella di selezionare fra i ragazzi non promossi e per i quali il Comune di Genova istituisce abitualmente un corso estivo, quelli che per la loro miseria fisica famigliare e personale reclamavano una specie di trattamento di favore. Tale selezione fu fatta all'aprirsi dei corsi, dai medici municipali col concorso dei medici del dispensario.

Come località fu scelta una delle scuole civiche più periferiche del comune nella Valle del Bisagno, a circa 3 chilometri dalla città, in regione di San Gottardo, giacente entro un grande rettangolo di terreno di circa 10 mila metri quadrati, piano, coltivato a campo e ad orto, e variamente piantumato.

Nella parte più adatta, con zone soleggiate e con altre diversamente ombreggiate, furono erette tre baracche smontabili, fornite di tende mobili e sotto le quali si disposero i banchi di scuola (fig. 1).

I bambini inscritti, in numero di 100, partivano ogni mattina da piazza Deferrari su un tram con rimorchio, e giunti alla scuola occupavano variamente il tempo fino alle ore 18 secondo un apposito orario che dava larga parte ad un'attiva vita fisica.

Fig. 1.

La scuola dava tre refezioni, due di latte e pane e una al mezzogiorno con minestra, pietanza e pane.

La felice iniziativa fu così feconda di risultati buoni ed evidenti che l'anno successivo il comune adibì a tale scopo la villa annessa ad una scuola civica in San Luca d'Albaro, ove con semplici

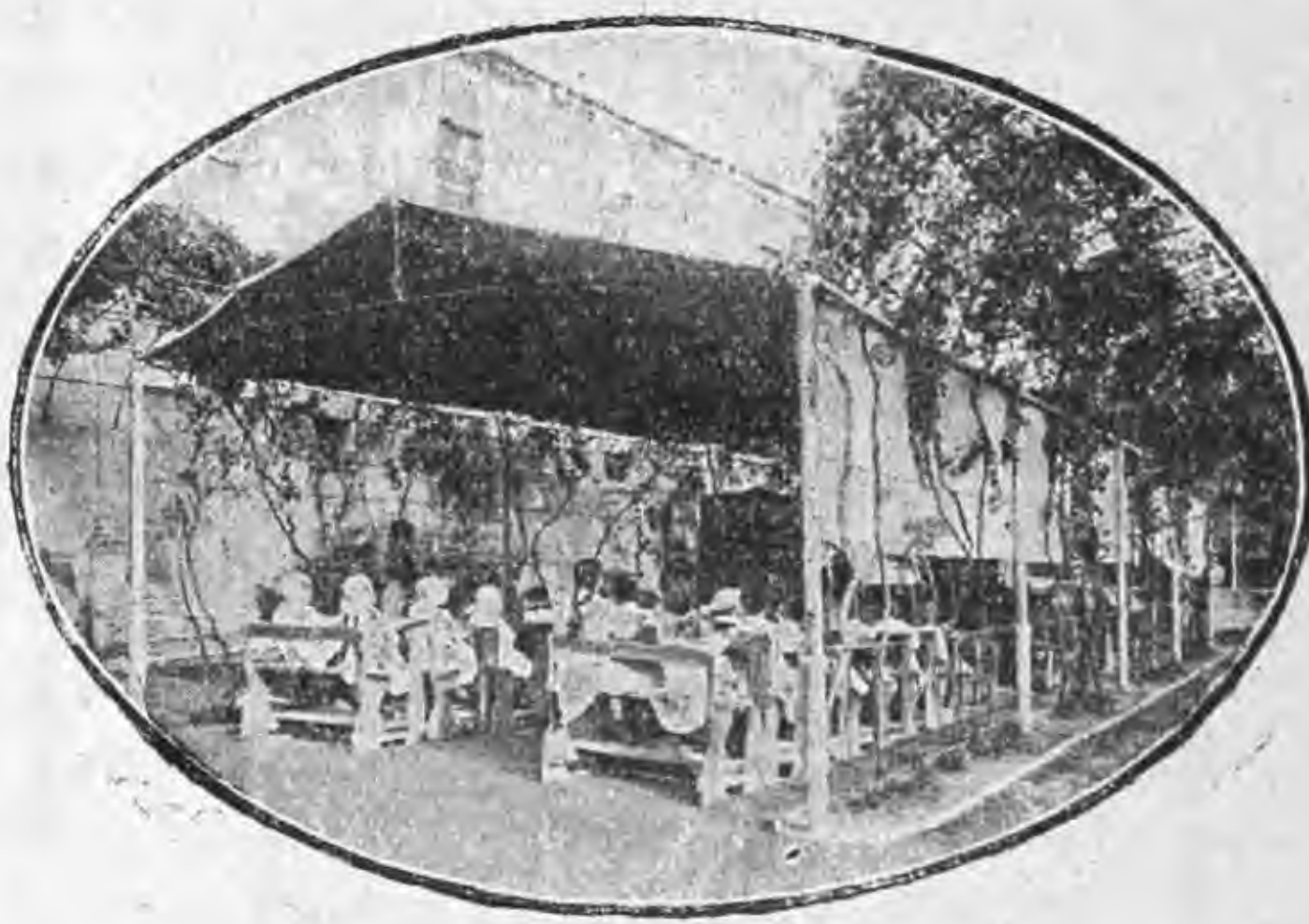



Fig. 2.

mezzi, una tenda tesa sui pali di una veranda (fig. 2) s'impiantò un padiglione; nel 1912 poi le scuole all'aperto diventarono due, essendosi aggiunta a questa una seconda scuola nella parte occidentale della città (via Napoli) e nel 1913 una terza nella storica Villa Giuseppina, acquistata per i suoi storici ricordi legati al risorgimento. Qui la fitta ombra degli alberi secolari rese su-

perflua la costruzione di padiglioni (fig. 3). Così nel 1913 gli alunni che fruirono del vantaggio di due mesi di vita all'aperto salirono a 200.

Frattanto però l'Associazione lavorava alla realizzazione di un'idea da lungo vagheggiata, quella cioè di costituire una sede propria in un istituto che fosse nello stesso tempo centro d'istruzione e di profilassi, e ciò si potè ottenere con la fondazione dell'ufficio antitubercolare mercè la concessione gratuita di un'area fatta dal Comune nella regione del Cavalletto e la provvida e munifica oblazione di lire 40,000 fatta subito dopo dalla Cassa di risparmio di Genova su proposta del socio e consigliere avv. P. F. Casaretto, vice-presidente di questo istituto.

Sull'area felicemente situata perchè centrale e isolata da altri edifici si costruì subito un edificio a due piani: il piano superiore è stato adibito ai servizi essenziali, l'inferiore ai secondari.

Il piano superiore (vedi fig. 4) è stato ripartito nelle due sezioni profilattica ed educativa. La sezione profilattica è rappresentata da ciò che si suol chiamare *dispensario* o *preventorio;* la educativa da *una grande aula* o *museo antitubercolare.* Fra l'una e l'altra si interpone la sala del Consiglio direttivo e quella delle signore della Squadra di soccorso. Corrispondentemente a una cotale divisione il piano superiore è accessibile per due distinte entrate situate ambedue lungo la stessa via Innocenzo Frugoni. Di queste, l'inferiore, posta verso l'estremità più ampia dell'Istituto, dà accesso per una breve scala al pianerottolo corrispondente al piano stesso per il quale si giunge alla sala del Consiglio, all'aula museo e alla sala delle signore. Per la stessa porta si scende al piano inferiore e precisamente all'appartamento del custode.

L'ingresso per questa porta è riservato al Con-

Fig. 3.

Fig. 4.

siglio direttivo, ai sanitari e al pubblico che intende visitare il Museo o raccogliersi nell'aula per eventuali riunioni sociali.

L'entrata superiore è situata al piano della strada in prossimità all'estremo più ristretto dell'Istituto ed è riservata ai pazienti che frequentano la sezione profilattica. Come appare dalla pianta (vedi fig. 4), questa sezione dispone di un locale di aspetto, dal quale si arriva ad un *auditorium* destinato alle indagini anamnestiche. Da questo locale il paziente, per il corridoio che corre verso il lato occidentale della sezione, giunge alla sala di consultazione. Fra queste due sale è disposto il laboratorio e la camera oscura per le indagini laringoscopiche. Dopo la visita e dopo aver ricevuto eventuali sussidi, il paziente esce dall'istituto scendendo la scala interna che porta al piano inferiore donde si esce sulla strada costeggiata dalle mura di Santa Chiara.

Il piano inferiore a terreno, oltre che per l'appartamento del custode, è adibito a stanza di sterilizzazione, a stanza per le indagini radioscopiche e, per ora, a magazzeni per tutto quanto può occorrere al sussidio dei pazienti (biancheria, brande, ecc.).

La grande aula ove è insediato il museo antitubercolare serve alle riunioni sociali (superando oggi i soci il migliaio) oltre che per conferenze e dimostrazioni. A questo scopo deve appunto servire il materiale didattico ed educativo ivi raccolto. Questo deve considerarsi essenzialmente costituito, oltre di una piccola biblioteca di riviste e di opere di difesa antitubercolare — di una serie di preparati grafici — modelli, ecc., intesi a chiarire nel modo più obiettivo che sia possibile, l'eziologia, la statistica, la distribuzione geografica, e la profilassi della tubercolosi. Se si pensa che, invitando a turno le scuole alla visita del Museo, si potrà farvi passare ogni anno parecchie migliaia di scolari, i più adatti ad assorbire e a diffondere nelle loro case la buona parola, si comprende come il programma educativo possa venire per tal modo grandemente agevolato.

Per quanto riguarda la sezione profilattica, il servizio è essenzialmente affidato ai sanitari aventi alle loro dipendenze una infermiera particolarmente istruita per le indagini anamnestiche e sopratutto per le visite e le inchieste domiciliari. L'infermiera è coadiuvata in quest'ultima mansione dalle signore visitatrici, fra le quali, come già si è detto, sono ripartiti i diversi quartieri cittadini.

La funzione del dispensario resta sempre pertanto quale fu ideata da Calmette nelle sue linee generali: esame medico del paziente, assistenza e profilassi famigliare. Un punto però ancora controverso è se l'assistenza deve estendersi o no anche alla cura ambulatoria del paziente.

Nel 1912 ben 1202 furono le persone che si presentarono per la prima volta al dispensario, delle quali 364 tubercolosi attivi e 245 dubbi e la maggior parte (784) si presentarono spontaneamente. Furono nello stesso anno distribuiti 13,332 buoni alimentari (latte, carne, uova), effetti letterecci, di vestiario, sapone, soda, disinfettanti, ecc.

Nel 1912-13 a integrare l'opera per l'infanzia sorsero altri due istituti, un nuovo *Asilo* per i fanciulli sani di genitori tubercolosi, aperto in via Bologna in una villetta (fig. 5) ceduta dal Comune. Qui non si accettano che i maschi (20)

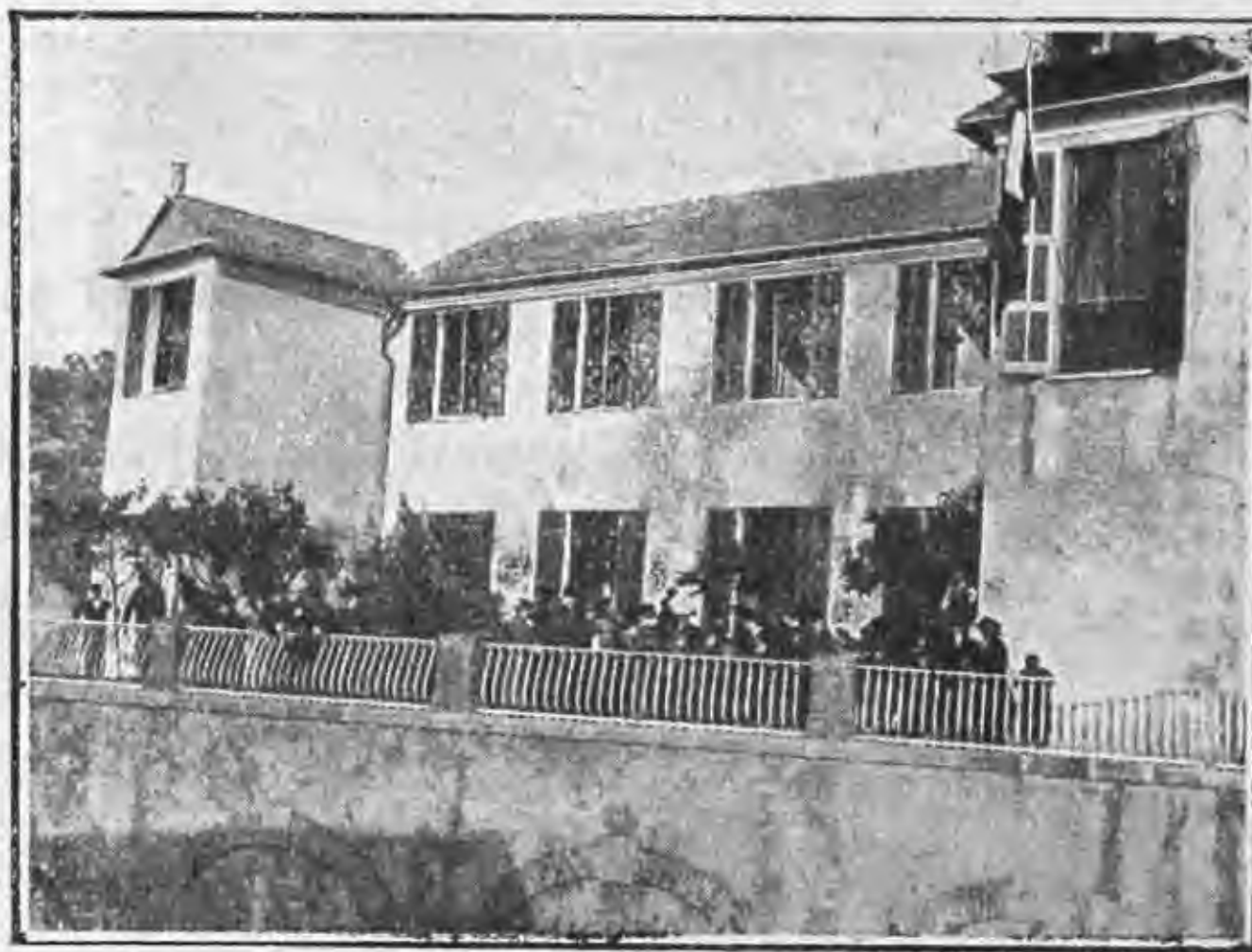



Fig. 5.

dagli 8 ai 12 anni, così l'Asilo preesistente di San Martino serve per le femmine da 3 a 12 e per i maschi da 3 a 8 anni. L'altra istituzione fu la *scuola invernale all'aperto e sulla spiaggia*. Utilizzando lo stabilimento balneario municipale sulla spiaggia della Strega, località centrale e prossima ai quartieri più infestati dalla tubercolosi, fu aperta ai primi di gennaio una scuola per due classi di 30 alunni ciascuna, scelti nelle classi 2ª e 3ª femminili e maschili delle scuole viciniori. Criteri di scelta furono oltre le misere condizioni economiche e le deficienti condizioni fisiche, la presenza della tubercolosi nella storia anamnestica famigliare.

Questi alunni frequentarono tutti i giorni la scuola, aperta in un edificio di legno (fig. 6) privo della parete sud, esposta sul mare, e riparata dai venti del nord dall'alto muraglione della strada di circonvallazione. D'inverno ogni alunno era

coperto da un mantello con cappuccio e si potè anche in gennaio con + 9° tenere aperta la scuola che aveva naturalmente un orario speciale, come si provvedeva ad una abbondante alimentazione (minestra, pietanza e pane a mezzogiorno, pane e latte alle 16). La scuola rimase aperta fino ai primi di giugno con ottimi risultati.

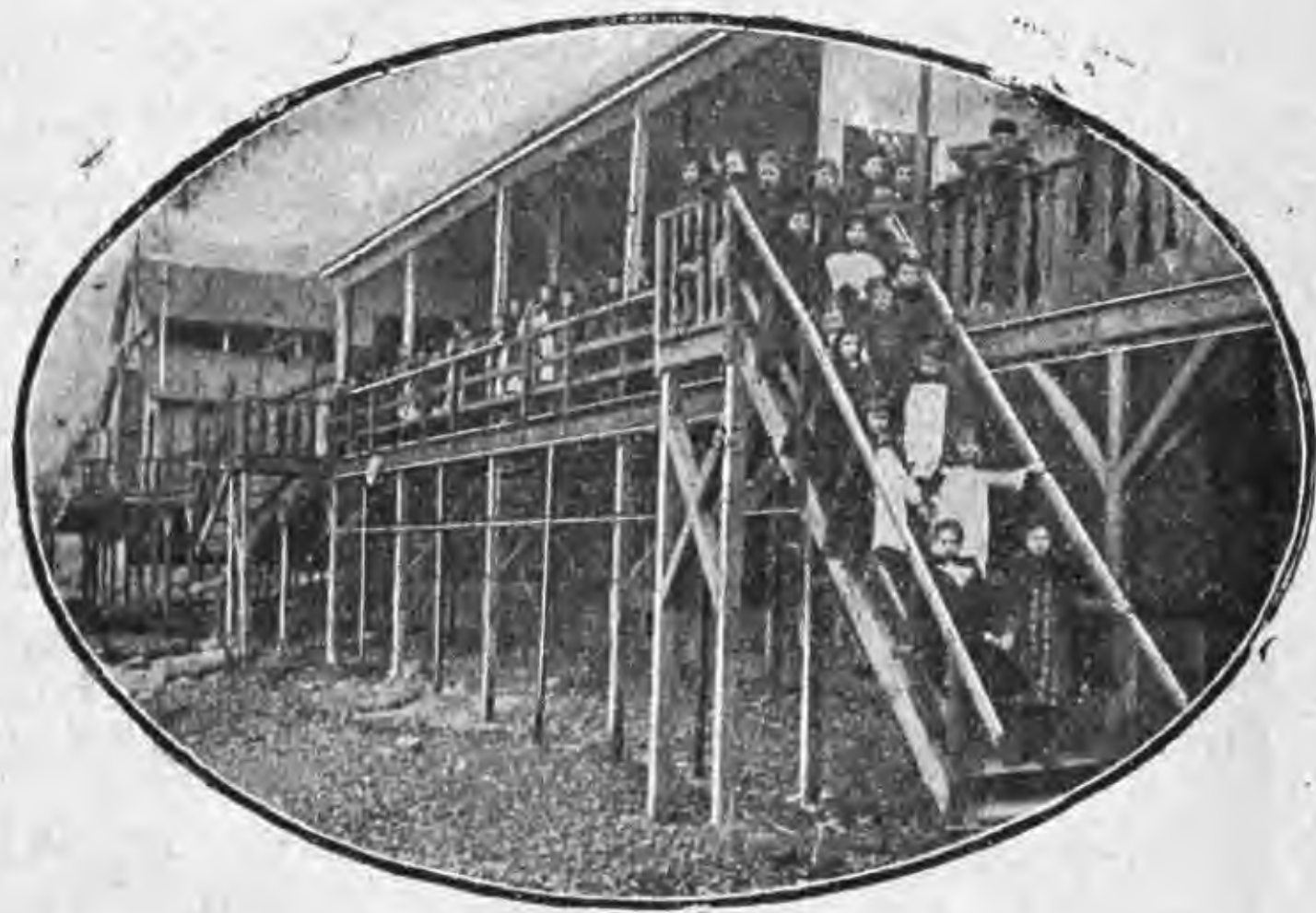



Fig. 6.

Nello stesso anno 1913 in base al concetto di produrre una educazione popolare largamente diffusa coi mezzi più obbiettivi e comprensibili, fatta allo scopo di interessare alla lotta antitubercolare tutto il corpo sociale, si utilizzò l'aula-museo alla *propaganda antitubercolare fra gli scolari*.

Furono prima tenute conferenze ai 700 maestri civici affinchè facessero una lezione sulla tubercolosi ai loro allievi di quinta e sesta classe, indi questi passarono a turno nell'aula-museo per vedere una serie di 100 proiezioni, preparate dal sottoscritto con le quali mediante immagini, disegni, figure anche simboliche vennero illustrati i concetti dei microbi, delle infezioni e del problema antitubercolare. Le proiezioni venivano illustrate da signore e signorine precedentemente preparate e il giorno dopo, ogni classe faceva un tema nel quale riferiva ciò che aveva visto e imparato, e al migliore tema di ciascuna classe fu poi solennemente assegnata una medaglia.

La dimostrazione era così disposta:

1° *Causa della tubercolosi* è un bacillo, un microbo: quindi che cosa sono i microbi? Analogia con le muffe, epperciò presentazione di queste in massa e nei singoli esemplari veduti con la lente d'ingrandimento: presentazione di una coltura microbica, del microscopio e dei microbi. Proporzione dell'ingrandimento microscopico per dare un'idea della piccolezza di quelli: schema della moltiplicazione dei microbi. Richiamo del concetto che la moltitudine fa la forza per far comprendere la potenza straordinaria di esseri così piccoli.

Dove si trovano i bacilli della tubercolosi? Loro ciclo evolutivo dai malati ai sani. Dimostrazione delle vie aeree e dei polmoni malati dai quali i bacilli escono a migliardi coll'espettorato, diffondendosi dappertutto, ma specialmente nella casa del tubercoloso dove il contagio per i bambini sani diviene quasi inevitabile. Mezzi di contagio (a tavola, per terra, in letto, collo spazzamento a secco, per mezzo delle mosche, del bacio, ecc.). I germi entrano per la bocca e le vie respiratorie, fissandosi in diversi organi ma più specialmente nei polmoni ove producono il tubercolo e poi la caverna e da dove poi un'altra volta escono all'esterno per essere causa di nuovi contagi.

2° *Mezzi repressivi*. Necessità di una diagnosi precoce. Dispensario antitubercolare. Il riconoscimento della tubercolosi è fatta dal medico mediante l'esame microscopico dell'espettorato. Una volta che un individuo è riconosciuto tubercoloso deve essere inviato possibilmente al sanatorio se ricco, all'ospedale se povero. Ospedali e sanatori.

Uscito il malato dalla casa, occorre disinfettare l'ambiente, la biancheria, i mobili, ecc. Vari sistemi di disinfezione: pompe spruzzatrici, stufe a vapore d'acqua, formaldeide.

Per un opportuno accertamento che coloro che convivevano col malato non siano stati contagiati, questi sono invitati al Dispensario antitubercolare per farsi visitare ed avere consigli e soccorsi.

3° *Mezzi preventivi*. Dimostrazione dell'azione disinfettante del sole e della luce. Gli alleati della tubercolosi sono l'oscurità e il sudiciume. Vicoli malsani della città, case buie e sporche, addensamento della popolazione. Mortalità per tubercolosi nei vari mestieri. Sputacchiere. Spazzatura ad umido. I deboli sono predisposti ad ammalare di tubercolosi. Mezzi per conservarsi sani e robusti. Pulizia personale, doccie nelle scuole, bagni, pulizia delle unghie e delle mani, igiene della bocca, carie dentaria. Alcoolismo. Posizioni scorrette del corpo nella stazione eretta e nello stare a sedere a scuola. Respirazione nasale e boccale. Ginnastica, corsa, nuoto, voga, giuochi all'aperto, lavori campestri, ecc.

Cinematografie dell'Ufficio antitubercolare, degli Asili per la preservazione dell'infanzia e delle Scuole all'aperto.

Si fecero in tutto 54 conferenze-dimostrazioni alle quali parteciparono 3869 scolari, i quali dimostrarono con i temi fatti di essersi fatta un'idea chiara e precisa del problema antitubercolare.

Riassumendo il lungo e complesso lavoro della Associazione genovese vediamo che essa agisce ricercando i malati per mezzo delle relazioni dei medici curanti, delle denuncie fatte al Municipio per morte o cambiamento di domicilio o trasferimento al o a dall'ospedale; a questi malati e alle loro famiglie porge assistenza e consigli, cercando di educarli igenicamente, e allontanando da essi i figli sani che colloca o nei due Asili o nelle Colonie di campagna. Azione per la tutela dell'infanzia completata dalle scuole all'aperto estive (n. 3), dalla scuola invernale alla spiaggia e prossimamente dall'*ospizio marino permanente* che per generosa concessione dell'on. Merello sorgerà quanto prima a Bergeggi e potrà ricevere 100 fanciulli permettendo così un conveniente sviluppo alla cura marina che per l'addietro si poteva far solo per pochi fanciulli che erano gratuitamente accolti nell'ospizio marino di Voltri (Dott. De Rossi).

Conviene pure aggiungere che per riuscire a questi risultati oltre l'opera individuale attivissima del presidente prof. Poli, che seppe instillare un fervore di attività a quanti lo circondano e lo coadiuvano, valsero la costante e attiva partecipazione delle Amministrazioni comunali che a poco a poco portarono il contributo annuo a 25,000 lire, che concessero i locali degli Asili campestri, il terreno per l'Istituto-Museo, sussidi e collaborazione all'istituzione delle scuole all'aperto.

Oggi l'Associazione genovese contro la tubercolosi ha un movimento di centomila lire annue e più di un migliaio di soci paganti, possiede locali proprii e gode del favore del pubblico per modo che molto ancora potrà fare e ottenere.

Dott. MARIO RAGAZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia delle scienze di Bologna.

Comunicazioni di interesse medico-chirurgico.
Anno accademico 1912-913.

Pietro Albertoni e dott. **P. Tullio.** *Ricerche sui processi digestivi ed assimilativi in un uomo sano con fistola gastrica e chiusura completa dell'esofago.* — Gli AA. hanno approfittato di un caso di fistola gastrica, con totale chiusura dell'esofago in un uomo perfettamente sano, che si alimentava esclusivamente dalla fistola, per studiare varie questioni relative ai processi digestivi ed assimilativi. Le risultanze principali furono le seguenti:

1° che la necessità del cibo riguardo alla qualità e alla quantità può essere giustamente regolata dalla *cenestesi*, dal bisogno della cellula, indipendentemente da qualsiasi sensazione gustativa ed impressione psichica;

2° che il cibo trovato sufficiente dal paziente per soddisfare i bisogni fisiologici, corrisponde quasi esattamente alla razione stabilita da Voit e da Moleschott come caratteristica per il medio lavoratore;

3° che i vari alimenti, per le loro proprietà plastiche, nutritive e nervine provocano nell'individuo modificazioni della cenestesi generale;

4° che il processo digestivo e assimilativo procedeva regolarmente; tutto l'acido del succo gastrico si fissava sul cibo introdotto, comparendo solo alla fine della digestione acido libero;

5° che le sensazioni di fame e di sete si estinguevano perfettamente con la diretta introduzione dei cibi e delle bevande nello stomaco.

Alfonso Poggi. *La ricostituzione della cistifellea dopo la colecistectomia.* (Ricerche sperimentali a scopo chirurgico). — Intorno all'argomento esistono già parecchi lavori sperimentali ed alcune osservazioni cliniche; tuttavia poichè vi è dissenso fra gli autori e le ricerche lasciano ancora non poche incertezze, fin da due anni l'A. ha creduto bene di istituire indagini sperimentali in proposito. L'argomento oltre che d'interesse fisiologico è anche d'importanza chirurgica, perchè se realmente si fornisse un nuovo serbatoio per la bile, dopo l'asportazione della cistifellea, la terapia chirurgica dei calcoli biliari con la colecistectomia perderebbe non poco del suo valore. Per gli esperimenti l'A. si è servito quasi sempre di cani, solo tre volte di conigli; ha sacrificato gli animali da 24 giorni a 2 anni dopo l'operazione ed in tutto eseguì 15 esperimenti. Per ciò che riguarda l'asportazione della cistifellea l'A. ha variato con quattro modalità principali:

a) Asportazione della cistifellea e del dotto cistico che veniva allacciato vicino al coledoco.

b) Colecistectomia ed asportazione parziale del cistico (circa la metà).

c) Colecistectomia lasciando in posto tutto il cistico.

d) Colecistectomia parziale lasciando in posto il collo oltre il dotto cistico, oppure anche una piccola porzione del corpo della vescica biliare.

Dai risultati avuti, che l'A. espone con particolari, conseguono le seguenti conclusioni di interesse chirurgico:

1° Che il nuovo serbatoio della bile per la configurazione sua di sacca con sbocco ristretto, può presentare, come la cistifellea, condizioni favorevoli a che un nucleo di calcolo possa formarvisi ed ingrandirsi; però non è da trascurarsi la circostanza che esso per la sua piccolezza contiene bile in proporzioni molto minori di quello normale.

2° Che, stando ai risultati ottenuti nel cane, dovrebbe consigliarsi di accoppiare alla colecistectomia l'asportazione del dotto cistico, più che sia possibile vicino al colodoco, perchè se anche non si riuscisse di impedire la neoformazione di una sacca, questa avrebbe dimensioni piccole e insignificanti.

Resta però a dimostrarsi se nell'uomo come nel cane il dotto cistico abbia altrettanta facilità a lasciarsi distendere dalla pressione della bile, chè anzi per una osservazione sperimentale fatta dall'A. nel cadavere umano vi sarebbero ragioni non solo per dubitarne, ma per ammettere il contrario. Occorrono però più numerose e svariate osservazioni, che l'A. sta eseguendo, per un giudizio definitivo.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 30 ottobre 1913.

A. Bonome. *Sulla produzione sperimentale di spleno e mielopatie emolitiche mediante antisieri specifici.* (Confronti con analoghi processi dell'uomo). — L'O. presenta una memoria nella quale sono riferiti i risultati delle sue ricerche sperimentali sulle alterazioni che si producono negli organi emo- e linfopoietici in seguito ad iniezioni endovenose di sieri emolitici specifici. In un primo periodo la milza presenta i caratteri del tumore spodogeno, con abbondanza di macrofagi.

In un secondo tempo si va iniziando una neoformazione fibrosa che trae origine dal reticolo della polpa e del connettivo perivasale, onde risulta uno stato di fibro-adenia simile a quella che caratterizza le splenomegalie nel morbo di Banti. I follicoli non vengono di solito interessati che molto tardivamente.

In rapporto con l'esagerata attività fagocitaria si istituisce nella milza una neoformazione d'elementi endoteliali, sia dalle pareti delle lacune venose, sia dal reticolo dei cordoni midollari. Queste neoproduzioni endoteliali che possono estendersi fino al fegato, sono analoghe a quelle che si riscontrano nelle splenopatie emolitiche dell'uomo.

Nel midollo osseo dei cani e dei conigli trattati con sieri emolitici si istituisce con una certa rapidità una reazione mieloide ed eritroblastica: la prima è di gran lunga più intensa della seconda, la quale va gradatamente esaurendosi quando l'esperimento si prolunga con ripetute iniezioni di siero. Per effetto della considerevole produzione di elementi midollari, a diverso grado di maturazione, si possono produrre infiltrazioni mieloidi in alcuni organi come nel rene.

L'esagerarsi della normale attività eritrolitica della milza in seguito all'emolisi provocata dai sieri specifici potrebbe spiegarsi con l'ammettere che i prodotti di disgregazione degli eritrociti vengano digeriti dal protoplasma delle cellule endoteliali in cui sono fagocitati e che da questo processo di digestione si originino dei nuovi prodotti tossici capaci di continuare a produrre emolisi. Questo concetto, che sta in armonia con le attuali opinioni sul meccanismo dell'anafilassi, spiegherebbe il sopravvenire della guarigione, quando in individui affetti da splenopatie emolitiche o da anemie spleniche o da morbo di Banti, si asporti la milza.

R. Nasini, C. Porlezza, U. Sborgi. *Indagini chimico-fisiche sopra le acque salsoiodiche e sopra i gas di Salsomaggiore.* — In questo lavoro viene riferito su tutte le indagini chimico-fisiche fatte sulle acque e sui gas di Salsomaggiore degli autori, in special modo sulla crioscopia delle acque, sulla loro conducibilità e conseguentemente sull'aggruppamento più probabile, in base alle attuali teorie, delle sostanze disciolte nell'acqua, inoltre sull'azione catalitica delle acque stesse, o, a dir meglio, sull'azione loro sull'acqua ossigenata.

Di più si studia il problema della radio attività sia delle acque e del residuo solido, sia dell'aria, tenendo conto anche di esperienze fatte ripetutamente da molti anni. Si completa in riguardo ai gas rari, l'analisi del gas, in cui il Nasini già da tempo aveva scoperto l'elio, oltre l'argo. Si applicano poi alcuni recenti metodi di ricerca sulle acque minerali specialmente quello che può chiamarsi *spettrochimico globale.*

A. DIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

L'uso dell'adrenalina nella cura della glomerulo-nefrite scarlattinosa

per il dott. D. PAOLOANTONIO.

Credo opportuno ed utile portare a conoscenza dei medici pratici i risultati di queste mie esperienze sull'uso dell'adrenalina nella nefrite scarlattinosa :

1° perchè trattasi di un metodo nuovo o per lo meno finora poco usato e sperimentato, semplice ed anche sicuro, che tutti possono e debbono tentare senza tema alcuna ;

2° perchè quantunque relativamente nuovo, pure è stato confermato dai risultati pratici ottenuti in un numero non esiguo di casi di nefrite i quali non si presentano così numerosi all'osservazione del medico pratico, come nella circostanza di una epidemia scarlattinosa.

Dal marzo all'ottobre 1910, in Palena, si manifestò un'epidemia di scarlattina. Ebbi così l'occasione di sperimentare questo metodo di cura, che mi fu suggerito dal caso seguente.

Per una bambina di circa 5 anni affetta da scarlattina, verso il 15° giorno, nel periodo desquamativo, si notò la comparsa di edema, prima delle palpebre e poi dell'intero volto che assunse una tinta cerea; grande irrequietezza, conati di vomito, e cefalalgia; mentre l'urina, divenuta scarsa, torbida, all'esame chimico faceva rilevare albumina circa 10 per mille e al microscopio, cilindri ialini, molti leucociti nonchè emazie. Stavano così le cose, quando, con una brusca elevazione di temperatura, si notò altro cambiamento nella qualità e quantità delle urine che divennero addirittura sanguigne e più scarse ancora.

Per combattere questa perdita di sangue con le urine pensai di ricorrere all'uso dell'adrenalina.

Preferii l'adrenalina perchè all'azione emostatica unisce quella eccitante sul cuore che nella malata in esame mostravasi abbastanza debole. Ne iniettai quindi un terzo di 1 cmc. per saggiarne la tolleranza. Al secondo giorno già l'ematuria era scemata, ed al terzo quasi scomparsa, tanto che sospesi l'iniezione della solita dose e somministrai per bocca la soluzione uno per mille di adrenalina cloridrata nella proporzione di 2 gocce ogni 3 ore, complessivamente da 12 a 15 nella giornata. Ma quale fu la mia sorpresa, quando, scomparsa la presenza del sangue nelle urine, vidi diminuire anche l'abbondante albumina dei giorni precedenti, riducendosi quasi alla metà! Contemporaneamente le urine divennero più copiose e meno dense, gli edemi scemarono, lo stato generale migliorò, l'ammalata divenne più tranquilla, più calma; scomparsi la cefalea ed il vomito.

In decima giornata l'esame chimico-microscopico dell'urina fu negativo e l'ammalata entrò in piena convalescenza, senza accusare altri disturbi, migliorando gradatamente nelle condizioni generali sì che al 20° giorno potei dichiararla del tutto guarita.

Volli ripetere gli esperimenti poichè la glomerulo-nefrite era abbastanza frequente nel periodo desquamativo.

Non starò a ripetere caso per caso la storia ed il decorso della malattia mercè tale cura; in complesso dirò che i casi da me curati furono oltre trenta, per lo più bambini e bambine dai 2 ai 10 anni nei quali tra 2ª e 3ª settimana di malattia si ebbero i comuni sintomi dell'affezione renale.

In tutti io adottai questo sistema di cura : dieta lattea, riposo assoluto a letto, qualche volta contro l'anasarca, unzioni con olio caldo e successivo involgimento in coverte di lana; qualche lassativo e qualche altro rimedio richiesto dal caso. Somministrazione per bocca di adrenalina nella dose di circa 2-3 gocce della soluzione 1 per mille per ogni anno di età frazionatamente nella giornata. I bambini prendevano il medicamento nell'acqua semplice o zuccherata, ovvero nel latte e con grande facilità. Non ebbi a verificare mai inconvenienti di sorta, mai sintomi d'intolleranza. Con l'esame dell'urina verificavo la scomparsa rapida dell'albumina e gli altri sintomi della nefrite scomparire anch'essi in un lasso di tempo variabile fra il 5° ed il 12° giorno di cura, raramente più tardi. Volli anche istituire esperimenti di controllo e, dove nella stessa famiglia si ebbero più bambini malati, tralasciai in qualcuno di somministrare l'adrenalina, raccomandando le sole regole igieniche. Ebbene, in questi la risoluzione della malattia fu più lenta, l'albumina si riscontrò per più lungo tempo nell'urina, perfino dopo un mese, e qualche volta comparvero i segni della uremia non

mai comparsi nei malati in cui sin da principio fu somministrata l'adrenalina.

Come agisce dunque l'adrenalina nella cura della glomerulo-nefrite scarlattinosa?

L'adrenalina è il principio attivo delle capsule surrenali, di quelle glandule cioè a secrezione interna che, come il Brown-Séquard originariamente annunciò, sono organi indispensabili alla vita e sulle cui importantissime funzioni nella economia animale la scienza non ha detto l'ultima parola. Infatti, le indicazioni e gli usi dell'adrenalina si vanno rapidamente moltiplicando; dall'azione semplicemente vaso-costrittrice, ischemizzante, emostatica per cui venne da principio adoperata, a quella assai più importante e complessa, la opo- ed ormonoterapica, che oggi ad essa si deve attribuire. Due illustri autori francesi, il Castaigne ed il Parisot, applicarono l'opoterapia nelle nefriti servendosi di estratti di altri organi, guidati da una concezione fisio-patologica della funzione pluriglandulare nella determinazione dell'uremia. Essi pensano, che nelle nefriti, in cui il rene è primitivamente affetto, tutte le altre glandule a secrezione interna subiscono danni anatomici ed alterazioni funzionali.

L'opoterapia surrenale nelle nefriti può basarsi sulle alterazioni bene dimostrate cui andrebbero soggette le capsule surrenali nel corso di esse nefriti.

In ogni lesione renale si riscontrano corrispondenti lesioni delle capsule surrenali che per conseguenza apportano una corrispondente insufficienza surrenale ed un turbamento nell'equilibrio endocrino, almeno all'inizio della malattia, per ristabilire il quale occorre una iperplasia capsulare ed una ipersecrezione adrenalinica come nell'ulteriore decorso. Si tenga inoltre presente che in molte malattie infettive acute, nelle quali durante o dopo il corso, sono facili a comparire lesioni renali, esiste l'iposurrenalismo, come si è dimostrato sperimentalmente e clinicamente.

Si può dunque con quasi certezza ammettere, che nella nefrite scarlattinosa, la quale rientra nel quadro delle nefriti infettive, l'iposurrenalismo esiste, e che una terapia compensatrice mediante il principio attivo della capsula surrenale istituita in primo tempo trova in questo caso la sua razionale indicazione immettendo così nell'organismo quella sostanza che temporaneamente manca o è deficiente, sostanza (secondo l'esperienza) indispensabile all'economia organica, e che oltre ad una provata azione antitossica, deve avere un'azione eccitante sugli elementi cellulari di altri organi e probabilmente sul rene, onde la sua azione diuretica constatata nei miei esperimenti. Non va trascurato inoltre, in questa cura, il potere ipertensivo dell'adrenalina, atto e necessario a combattere la notevole vaso-paralisi che di frequente riscontriamo tanto nell'insufficienza renale quanto in certi stadii dei morbi infettivi.

Comunque si voglia intendere il meccanismo di azione dell'adrenalina nella nefrite scarlattinosa e nella cura delle nefriti in genere, come asserisce nelle sue pubblicazioni il dott. Ercolani che l'ha sperimentata in un certo numero di casi, dalle risultanze da me ottenute nella cura di 30 casi di bambini con glomerulo-nefrite sono in grado di affermare:

1° Che nella glomerulo-nefrite scarlattinosa l'uso dell'adrenalina trova la sua razionale applicazione.

2° Che gli effetti curativi sulla lesione renale si manifestano subito, fin dal secondo giorno, con aumento della diuresi, diminuzione dell'albumina, miglioramento dei fatti generali.

3° Che la malattia risolve in un periodo relativamente più breve (fra i 5 ed i 15 giorni, se l'adrenalina viene presto somministrata al malato).

4° Che si elimina il pericolo dell'intossicazione uremica.

5° Che la somministrazione si può fare per via ipodermica o meglio e più facilmente per bocca in dose da 10 a 20 gocce nella giornata, secondo l'età del bambino (dai 5 ai 10 anni) e la gravità del morbo.

6° Che essa somministrazione è facile, scevra di pericoli e d'inconvenienti, tanto da non essere necessaria la sorveglianza del medico; ed il rimedio si può facilmente trovare dovunque.

Intendo con questa mia breve comunicazione, di apportare un contributo clinico alla terapia di una complicazione abbastanza temibile e frequente della scarlattina.

CASISTICA e TERAPIA

La psoriasi è un sintoma di alcune malattie infettive croniche? (tubercolosi, sifilide).

In questi ultimi anni numerose affezioni cutanee di eziologia non nota sono state ascritte alla tubercolosi. Ciò è stato fatto anche per la psoriasi, forse per la coincidenza di alcune malattie croniche delle articolazioni, che da molto tempo si fanno risalire all'infezione tubercolare.

I francesi forse sono stati i primi ad ammettere, sulla base di osservazioni cliniche, un rapporto fra alcune forme di artrite, la tubercolosi e la psoriasi.

Menzer recentemente ha voluto riconoscere, nella etiologia della psoriasi, la tubercolosi latente, combinata con un'infezione mista stafilo-streptococcica. Ed ha conchiuso, con alcuni autori francesi, che la psoriasi non è una malattia a sè, ma deve essere considerata come un sintoma di malattie infettive costituzionali. Egli anzi ha formulato le seguenti proposizioni:

1° I psoriasici apparentemente sani soffrono di malattie croniche del sistema linfatico, del nasofaringe, della cavità toracica, ecc.; 2° essi reagiscono alle iniezioni di vaccino antistrepto-e stafilococcico con fenomeni generali; e reagiscono anche alla tubercolina con fenomeni generali e locali (febbre, e localmente edema e rossore delle efflorescenze e qualche volta comparsa di nuove eruzioni); a volte comparsa di foruncoli in seguito all'iniezione dei vaccini suddetti; 3° la tubercolina e questi vaccini dimostrano un'influenza terapeutica contro la psoriasi.

Schoenfeld (*Deutsch klin. Wochenschrift*, luglio 1913) ha voluto controllare le osservazioni di Menzer in 23 casi di psoriasi volgare. In tutti i casi fu fatta da prima la prova diagnostica della tubercolina; e a seconda delle condizioni generali e toraciche e a seconda della reazione avuta, la dose primitiva di tubercolina di ½ milligrammo fu portata a 10 milligrammi e più; se la reazione fu intensa, la dose di T non fu aumentata.

In un caso si giunse fino a 50 milligrammi, senza aver mai reazione generale: così in esso fu escluso ogni rapporto con la tubercolosi.

In 3 casi la reazione si ebbe soltanto dopo una iniezione di 15-20 milligrammi. Gli altri 19 casi reagirono tutti alle dosi di 5.5-10 milligrammi; in uno di essi la tubercolosi era clinicamente evidente.

Dalla frequenza della reazione generale si dovrebbe concludere che spesso nella psoriasi è presente la tubercolosi, di rado manifesta.

Una razione locale, caratteristica come quella dei focolai tubercolari, non fu mai osservata dall'autore. Se si aveva una spiccata elevazione della temperatura, gli elementi eruttivi acquistavano un colorito più acceso ed un aspetto edematoso. Questa specie di pseudo-reazione si spiega se si pensa alla struttura istologica della efflorescenza: focolai circoscritti, con vascolarità particolarmente ricca, possono, durante l'elevazione della temperatura, presentare un colorito rosso vivace, analogamente a ciò che si ha anche nella cute sana circostante.

In tutti i casi di psoriasi, l'A. ha pure praticato la reazione alla T. A. con iniezioni intradermiche e sottodermiche, senza ottenere fenomeni più significativi.

Il fatto più notevole fu la comparsa di nuove eruzioni in due casi, in seguito alla iniezione intradermica di T A: ciò si verificò nella stessa sede delle iniezioni ed anche in regioni più distanti. Si ebbe questo fenomeno in due casi di eruzione acuta: perciò è da attribuirsi all'azione traumatica dell'iniezione, come pure fu notato in seguito ad altri traumi. In uno di questi casi l'iniezione sottocutanea di tubercolina non aveva dato nessuna reazione.

Le iniezioni di T sistematicamente ripetute per più mesi non si sono mostrate mai terapeuticamente efficaci. Se d'altronde tubercolosi e psoriasi coesistono, ed in seguito alla cura tubercolinica il paziente migliora nella lesione tubercolare, non è da meravigliarsi se secondariamente anche la psoriasi migliori.

Le iniezioni di vaccini anti-strepto-stafilococcici non dimostrarono nessun valore terapeutico; qualche volta si ebbe la fuoruscita di qualche foruncolo.

Perchè una dermatosi possa etiologicamente ascriversi alla tubercolosi, occorrono tre prove dimostrative: il reperto dei bacilli tubercolari, la prova biologica sperimentale negli animali, le reazioni locali e generali alla tubercolina.

Se mancano tutte queste prove, non si può ammettere che il soggetto sia tubercolotico e tanto meno che la dermatosi sia di natura tubercolare.

La prova manifesta del rapporto etiologico della psoriasi colla tubercolosi è sempre mancata all'autore. Nelle osservazioni di Menzer si sarebbe trattato sempre di pseudo-reazioni o di fortuite coincidenze di malattie.

Nello studio dell'etiologia della psoriasi è stato pure esaminato il suo rapporto con la sifilide.

Gjorgjevic e Savnik in quasi tutti i casi di psoriasi volgare hanno avuto reazione di Wassermann positiva: per questi risultati essi hanno concluso per la non specificità della reazione, non in favore della natura luetica della psoriasi.

Von Bruck e Biach invece hanno osservato che c'erano dei precedenti luetici in tutti i casi di psoriasi con reazione di Wassermann positiva.

Prescindendo naturalmente dai sifilidermi psoriasiformi, nella psoriasi si può avere reazione di Wassermann positiva o debole, come si ha in alcuni casi di eruzione acuta di lupus eritematode.

In 71 casi di psoriasi volgare esaminati dall'autore tre volte la W. R. fu positiva, una volta dubbia, in tutti gli altri casi fu negativa. Nei due casi con W. R. positiva, non v'erano dati anamnestici sospetti di lue. Questi risultati sono decisamente contrari al concetto patogenetico della psoriasi quale sintoma della sifilide.

Niente prova dunque finora che la psoriasi non sia una malattia a sè, ma sia da interpretarsi quale sintoma di malattie infettive croniche, come la tubercolosi o la sifilide. Ciò non esclude la possibilità di manifestazioni cutanee psoriasiformi di natura specifica. Intorno all'etiologia della psoriasi molti problemi sono ancora insoluti; l'origine parassitaria di questa malattia attende ulteriore conferma; altri concetti patogenetici sono sempre discussi: per questi fatti si spiegano certe teorie così poco fondate sulla realtà.

P. S.

L'eresipela latente.

A. Schlesinger (*Deuts. Mediz. Wochensch.*, 16 gen. 1913) denomina eresipela latente una forma speciale della malattia, caratterizzata dalla prolungata localizzazione del processo morboso nella profondità, e dalla sua apparizione tardiva alla superficie. I due casi, sui quali egli fonda tale denominazione, così si possono riassumere:

Infermiera di 40 anni; riceve una piccola ferita lacera del dorso della mano sinistra da una malata di setticemia post-abortiva; dopo 15 giorni circa, quando la ferita era già cicatrizzata, insorgono dolori lungo il braccio sinistro, con prevalente localizzazione al gomito; sono interpetrati come neuralgia del cubitale e curati senza effetto con una terapia antinevralgica. Dopo un mese e qualche giorno la sindrome dolorosa costrinse l'ammalata a mettersi a letto; la temperatura subfebbrile 37°.2-37°.4; l'esame obbiettivo faceva notare una tumefazione dolentissima dietro l'articolazione del gomito; si pensò ad una periostite del cubito, quando dopo circa 15 giorni comparve a livello della tumefazione, che intanto s'era ingrandita, ed era divenuta più superficiale, una piccola chiazza circoscritta di eresipela.

La temperatura 37°.3-38°. In pochi giorni l'eresipela si estende, e dopo 2 settimane aveva invaso il collo ed il dorso. Intanto però la tumefazione del gomito era diminuita per grandezza e il dolore s'era attenuato; l'eresipela ebbe esito in guarigione e tutto il processo infiammatorio del braccio scomparve senza lasciar traccia.

Nel secondo caso si trattava d'una giovinetta operata per linfoadenite tubercolare.

Dodici giorni dopo l'atto operativo si notò nella profondità della ferita un'infiltrazione che aumentò nei giorni seguenti per estensione.

Dopo 2 settimane circa dall'inizio, la temperatura era 37°.8-38° con tendenza a salire. Compare finalmente, al disopra del tessuto infiltrato, una piccola chiazza di eresipela, che si estese in pochi giorni, al collo, alla testa, mentre l'infiltrazione diminuiva e la temperatura scendeva al normale: esito in guarigione.

Nell'eresipela latente dunque v'ha un'altra particolarità che resulta dalla lettura di queste due storie cliniche; la tumefazione profonda diminusce a mano a mano che il processo diviene superficiale e diviene manifesta l'eresipela. L'incubazione inoltre è stata lunga, circa due mesi nel primo caso.

L'A. crede che non tanto la rarità dell'eresipela latente, quanto il fatto che essa è stata finora misconosciuta spiega la mancanza di descrizioni nella letteratura medica.

t. p.

Sui disturbi cutanei della tossemia alimentare.

Palloway (*British medical Journal*, aprile, 1913) in una relazione alla Società reale di medicina, ha indicato le affezioni cutanee che possono essere determinate dalla tossemia alimentare.

Questa è prodotta sia dalle sostanze tossiche contenute nello stesso nutrimento, in gran parte dovute all'azione di fermenti normali e patologici, sia dai prodotti della fermentazione e della putrefazione dovuti ai microrganismi ospiti abituali dell'intestino.

Le manifestazioni cutanee della tossemia alimentare sono prodotte nel maggior numero dei casi dalle sostanze tossiche contenute già nello alimento o prodotte dai batteri. Queste manifestazioni si possono raggruppare in quattro gruppi:

1° eruzioni, determinate da una lesione dei vasi cutanei, che scompaiono senza lasciare tracce durature; a questo gruppo appartengono le varie forme di orticaria di durata più o meno lunga ed i vari tipi di eritema, comprese le forme essudative e vescicolari;

2° lesioni infiammatorie della pelle con infiltrazione di elementi cellulari e disturbi persistenti, dilatazione dei vasi sanguigni, atrofia, persistenti dermatiti, formazioni di ulcera e cicatrici;

3° porpora nelle sue varie forme, ossia porpora puntata e diffusa, che compare spesso combinata con altri fatti emorragici;

4° pigmentazione in seguito all'assorbimento ed all'abnorme spandimento del pigmento prossimo al tipo normale, ossia la melanina, o alla disintegrazione di emoglobina, all'emolisi deter-

minata dalla penetrazione in circolo di tossine alimentari.

Tra le manifestazioni cutanee del primo gruppo l'orticaria principalmente è prodotta da sostanze tossiche formate nel tratto superiore del tubo digerente per azione dei normali fermenti digestivi, mentre l'eritema è provocato dall'assorbimento di sostanze tossiche dal grosso intestino.

Tra le affezioni del secondo gruppo ha interesse il lupus eritematoso; è stato dimostrato che questa malattia è in rapporto con una determinata lesione renale, ma verisimilmente essa può anche essere provocata con la tossemia alimentare.

Il rapporto tra la porpora e le intossicazioni intestinali è evidente specialmente nello stadio iniziale della cirrosi epatica, quando cioè insieme a tale affezione cutanea in forma piuttosto grave spesso si verifica parallelamente l'emorragia dall'intestino. Il rapporto tra la porpora punctata con la tossemia alimentare è dimostrato dalla così detta porpora di Henveh. Una forma di porpora simile si osserva nella cotite e nella dissenteria. Al contrario di quanto si verifica nella forma punctata la porpora, che si manifesta con estese emorragie cutanee, è determinata da tossemia la quale ha origine nella porzione superiore del tubo digerente.

Le forme di pigmentazione abnorme della cute da tossemia alimentare sono molto varie: alle forme derivanti da localizzazione nella cute di pigmenti patologici appartengono l'ittero urobilinico, l'emocromatosi dal caratteristico pigmento contenente ferro, le pigmentazioni derivanti dai prodotti di alterazione dell'emoglobina, come la uretemoglobina.

DRAGOTTI.

Cura dell'intertrigine.

Tra le dermiti, più che frequenti, di pratica giornaliera, occorre distinguere l'*intertrigine*, lo *eritrasma*, l'*eczema marginato*.

L'intertrigine è una *dermite essudativa*, localizzata nelle diverse pieghe cutanee: inguinali, sottomammarie, delle natiche, soprapubiche nelle polisarciche, cavo ascellare.

La chiazza d'intertrigine è precisamente sulla plica, arrossata, con essudato, con fessure che hanno sede sul fondo della plica stessa: causa è lo streptococco, il cui sviluppo è favorito dalla sporchizia, dal calore, dall'umidità naturale delle pliche.

L'*eritrasma* invece è localizzato sotto la piega e nell'angolo cruroscrotale; la chiazza di eritrasma riproduce il contorno della borsa adiacente, secca, di colorito rosso scuro, uniforme, è dovuta alla azione del *microsporon minutissimum*.

L'*eczema marginato* infine è un'affezione dovuta all'*epidermophyton di Sabouraud;* consiste in una placca a contorno circinnato, di cui il centro guarisce e diviene giallastro, mentre la periferia, è in attività e presenta delle vescichette.

Nella cura dell'intertrigine è utile l'insaponatura, purchè dopo di essa si usi l'attenzione di ben asciugare la parte.

La pulizia della parte con tamponi imbevuti di alcool canforato a 90° è utile ad eliminare la presenza dello streptococco, ma, a lungo andare, si determina irritazione fino alla scottatura; usandolo bisogna procedere a 3 medicature quotidiane; una di esse può essere sostituita da un trattamento con tamponi imbevuti di tintura di jodio 2 parti, in alcool a 90° otto parti.

Tra una medicatura all'alcool e l'altra sarà opportuno proteggere con talco la parte.

Nei casi ribelli riesce utile ogni 4-5 giorni spennellare la parte con

nitrato d'argento . . . 2
acqua distillata . . . . 40.

Terminata l'applicazione del nitrato d'argento si passa sulla pelle un bastoncino di zinco puro; l'argento diviene nero come l'inchiostro di Cina, e si ricopre con una pomata di

Ossido di zinco . . . }
Vaselina . . . . . . } ana gm. 15
Lanolina . . . . . . }

Vitto e bevande possono, durante la cura, rimanere senza modificazione alcuna, la pulizia minuziosa del corpo, specialmente negl'individui obesi, è la prima norma di profilassi per la malattia. *t. p.*

Nei ed angiomi curati con l'aria calda.

L'opportunità della cura dei nei e degli angiomi non è discutibile: essi spesso guastano la estetica di chi ne è colpito, possono andar soggetti a gravi fenomeni flogistici, e non di rado a poco a poco possono assumere caratteri di malignità.

Sono stati proposti molti metodi di cura. La maggior parte dànno risultati molto incerti, o sono inefficaci. Soltanto la roentgenterapia e la radiumterapia dànno risultati degni di considerazione: ma sono metodi lunghi, a volte infedeli ed anche pericolosi. L'intervento chirurgico dà molto rapidamente i suoi risultati, ma non sempre è praticabile. L'aria calda ad alta temperatura (a 750 gradi) ha dato da tre anni risultati sicuri, rapidi ed eccellenti, ed attualmente costituisce per molti il metodo di elezione. (*La Clinique*, 1913, n. 22, M. Vignat).

Il solo apparecchio pratico per questa cura sarebbe l'apparecchio di Gaiffe, atto ad agire con correnti d'aria continue od interrotte sopra un punto ben determinato della pelle.

Se l'angioma o il neo è vasto e si vuole liberare il paziente in una sola seduta, sarà indispensabile la cloronarcosi. Si insaponerà la regione, si pennellerà con tintura d'iodio e poi con alcool, come per un'operazione chirurgica.

Il getto d'aria a 750° sterilizzerà i punti che investirà; ma nei giorni successivi si formerà una piaga che si infetterà se i bordi non saranno sterilizzati. Dall'asepsi della piaga dipende in gran parte la perfezione della cicatrice.

Prese queste precauzioni, si avrà cura di coprire la regione circostante con un telo sterile imbevuto d'acqua sterile, aperto nel mezzo mediante un'asola che metta allo scoperto l'angioma. Poi si passerà alla carbonizzazione di questo. Carbonizzata la superficie del neo od angioma, questi si abbassano e si retraggono. Non bisogna fermarsi a questo punto, per evitare che nei giorni seguenti non riappaia l'angioma o il neo. Si leva l'escara con un cucchiaio e si cauterizza più profondamente. Un po' di compressione arresterà l'emorragia. L'operazione sarà compiuta solo quando la profondità della lesione sarà accuratamente carbonizzata.

Negli angiomi sottocutanei si incide la pelle per metterli allo scoperto e poi si carbonizza; tolta l'escara, si può anche suturare per prima.

Se la piaga rimane asettica, il decorso è molto semplice; basteranno poche medicature come per una scottatura non infetta.

La carbonizzazione produce un dolore intenso immediato, ma in genere il dolore scompare subito dopo l'operazione.

Sulla faccia sarà opportuno lasciare che l'escara si distacchi spontaneamente.

La cicatrice che residua in seguito alla carbonizzazione in genere è piana, liscia, uguale, quasi simile a tessuto normale. *p. s.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(195) *Cura di igroma cistico delle borse sierose.* — Sarò molto grato a cotesta gentile Redazione, se vorrà farmi sapere, per mezzo della Posta degli abbonati, quale cura è da preferirsi per un igroma cistico di una borsa sierosa comunicante con l'articolazione: quella incruenta o quella cruenta?

Si tratta di un uomo sulla cinquantina, reumatico, affetto da igroma cistico del cavo popliteo, molto facilmente comunicante con l'articolazione del ginocchio. Lo si può asportare senza compromettere l'articolazione? Oppure sono da preferirsi le iniezioni in cavità della solita miscela di glicerina e iodoformio?

Abb. n. 6874 - Dott. G. M.

Un chirurgo sperimentato, che disponga di un ambiente opportuno, deve sempre preferire il metodo cruento a quello delle iniezioni, specialmente quando si tratta di estroflessioni sinoviali o di borse, comunicanti con le articolazioni.

L'intervento permette di estirpare completamente la membrana cistica, evitando la recidiva, della quale non si può altrimenti escludere la possibilità, anche nei casi più favorevoli.

Le iniezioni o vengono praticate con liquidi non diffusivi o poco irritanti ed allora falliscono allo scopo; o con liquidi energicamente attivi ed allora possono estendere la loro azione alla cavità articolare con conseguenze sempre incresciose.... se non altro per la reputazione del sanitario. T. F.

196. *Sulla cura della rinite cronica ulcerante.* — La prego di volermi essere cortese di una risposta sul seguente quesito: la mia signora soffre da circa un anno di catarro nasale cronico ed adesso presenta sulla mucosa e solo in corrispondenza delle pinne nasali delle ulcerazioni superficiali, che si coprono di croste. Stato di salute generale ottimo. Soffrì solo di dismenorrea mentre era nubile.

Ha fatto lavaggi nasali con o senza sonda con acqua borica o salata: si ha la guarigione, ma subito recidiva.

Ha usato del pari qualche polvere o pomata astringente senza alcun effetto.

Cosa mi consiglia di fare, in attesa che cessato lo stato di gravidanza io possa recarmi in un centro a consultare uno specialista?

La ringrazio sentitamente e la prego di volermi rispondere con cortese sollecitudine.

Con ossequî Dev.mo
abbonato 3817.

Sarebbe stato bene che Ella avesse distinto la forma ipertrofica dalla atrofica, poichè le direttive della cura nelle due riniti sono diverse. Da quanto risulta dalla sua domanda appare che il sintoma più molesto siano le abrasioni superficiali della mucosa, che accompagnano il catarro cronico semplice del naso, donde le piccole e superficiali *ulcerazioni catarrali*, cagione di perenne stimolo all'inferma.

Oltre la cura generale, igienica e ricostituente, potrà usare con vantaggio, a diminuire la secrezione, le pennellature con soluzione di protargolo 1-2%; e alla sera applicare una pomata composta di aristolo gr. 3 e vaselina gr. 15 (m. f. pom.; S. per uso est.).

Appena liberata la paziente dalla gravidanza, si rechi dallo specialista per vedere se esistano difetti anatomici locali, che di solito favoriscono o provocano l'insorgere della rinite cronica. Intanto ricerchi se v'è albuminuria: negli individui albuminurici è stato notato un catarro della mucosa nasale, che da Jacquet venne curato efficacemente con la dieta declorurata. *gb.*

(197) *Cura dell'emofilia.* — Ho un bambino il quale per la 4ª volta è stato in pericolo di vita per grave emorragie da emofilia.

Che cura si potrebbe tentare passato il pericolo di gravità?

Abbonato n. 5416

La Spezia.

Le consiglio l'uso del siero di cavallo normale; esso è indicato anche durante il periodo di gravi emorragie, oltre che come preventivo.

Inietti per via intramuscolare 2-3 cmc. di siero di cavallo normale; a distanza di 3-4 giorni ripeta l'iniezione per 4-5 volte. Bisogna ricordare la possibilità dell'insorgenza di fenomeni anafilattici da siero specie in bambini che abbiano altre volte avuto cure sieroterapiche di qualsiasi genere: in tali casi provi il metodo Besredka antianafilattico (v. sulla cura della difterite, *Policlinico*, sez. pratica, 1913, v. rapporti tra malattie da siero e fenomeni anafilattici, *Policlinico*, sez. medica, n. 9-10-1913).

Il siero di cavallo si può acquistare in qualsiasi istituto sieroterapico (Belfanti, Meister Lucius, Welcome); in sua mancanza, qualsiasi siero antitossico (l'antidifterico per es.) è buono; è necessario solo che il siero sia di cavallo perchè esso s'è dimostrato in grandi quantità innocuo, anche nei bambini.

t. p.

(198) *Lesioni endocardiche consecutive a malaria.* — Sarei grato a codesta Redazione se volesse indicarmi se esistono monografie e quali — *Sulle alterazioni endocardiche consecutive a malaria.*

In attesa, ringrazio.

Dott. V. Beduschi.

Turro.

Erano state ammesse specialmente da Lanceroux, ma negate dalla maggior parte degli autori. Dalla malaria originano disturbi cardiovascolari di natura funzionale, non lesioni flogistiche.

Di monografie non se ne conoscono.

A. V.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. MINGAZZINI. **Anatomia clinica dei centri nervosi.** Seconda edizione riveduta e notevolmente ampliata. Torino, Unione Tipografico-Editrice, 1913.

Il successo con cui il mondo scientifico salutò fin dalla prima edizione il prezioso Manuale del Mingazzini, che ha raccolto un largo plauso tra gli studiosi di tutti i paesi, fa supporre che anche questa seconda edizione verrà rapidamente esaurita.

Il Mingazzini, una grande forza della neuropatologia italiana e che tanto merito ha nella diffusione delle dottrine neuropatologiche, evita, in questa seconda edizione, le pecche inevitabili in un libro che per la prima volta vede la luce e mette il mondo medico al corrente dei progressi fatti in questi ultimi anni nelle principali questioni neuropatologiche.

Così i capitoli sulla istologia normale del sistema nervoso, quelli sui reperti istologici della demenza paralitica, sulla afasia e sull'aprassia sono, si può dire, completamente rifatti.

Anche in questa edizione l'A. ha dato maggior svolgimento allo studio delle vie nervose anzichè a quello della fine struttura, non perchè l'istologia sia considerata superflua, ma perchè il Mingazzini ha voluto conservare al libro un carattere eminentemente clinico. Egli si rivolge sopratutto al pratico, a chi cioè dall'anatomia vuole solo la guida per arrivare ad una esatta diagnosi di sede e di natura di un processo morboso che colpisca il sistema nervoso. La citopatologia invece, pur avendo un grande valore per la spiegazione dei disturbi presentati dal paziente, non aiuta molto nel problema della diagnosi. Questo indirizzo sopratutto clinico è il merito fondamentale del libro del Mingazzini, che ha saputo rendere accetta la lettura di uno sterile dottrinale anatomico, in quanto che le nozioni di anatomia figurano ripartite fra numerose considerazioni cliniche e abbondanti osservazioni personali, lumeggiate dalla critica serena del Maestro. Molte figure originali agevolano l'esposizione.

Le controversie su molti punti oscuri sono a bella posta evitate e vengono riferite solo le opinioni più universalmente accolte.

I riferimenti degli autori stranieri non sono trascurati, ma accanto ad essi figurano i lavori della scuola italiana, romana in ispecie; il libro del Mingazzini è quindi uno dei pochi libri scientifici italiani che, nella sua obbiettività, presenti un carattere fondamentalmente nazionale.

Al.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

H. KEHR. **Die Praxis der Gallenwege Chirurgie in Wort nnd Bild.** Vol. I, in-4° di pag. 419 con 48 tavole a colori, 23 in nero e 116 figure nel testo. München, J. F. Lehmann's Verlag, 1913. Prezzo M. 28; rilegato M. 30.

Sono già ben note le concezioni e la tecnica di Kehr, poichè il valente chirurgo se n'è occupato in parecchi volumi (uno dei quali, eccellente, tradotto in italiano) ed in molti articoli di giornali.

Quest'opera grandiosa non c'insegna nulla di essenzialmente nuovo al riguardo.

Assume però importanza specialissima per le indicazioni pratiche e per i dettagli precisi che fornisce. Rende accessibili a tutti i chirurghi i risultati di molti studi e di un'esperienza clinica copiosissima, unica al mondo.

Sovratutto pregevoli sono le splendide tavole e figure, fatte eseguire da tre artisti di valore. Ne risulta quasi un insegnamento oggettivo. Il testo è redatto molto lucidamente.

Questo primo volume tratta della preparazione alle operazioni e della tecnica generale; ne seguirà un secondo.

Il lavoro del Kehr sarà accolto con pieno favore dai chirurghi che operano sulle vie biliari.

V.

P. HALLOPEAU. **La désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied.** N°. 1 des « Annales de la Clinique chirurgicale » du Prof. Pierre Delbet. 1 vol. in-8°. Paris, Librairie Félix Alcan. 10 fr.

È il primo d'una serie di lavori che saranno pubblicati sotto la direzione di Delbet, ed è dedicato dall'A. al metodo conservativo impiegato dal Delbet nel trattamento della tubercolosi del piede.

I dettagli di questo metodo sono esposti dapprima in linea generale, poi particolarmente per le singole articolazioni. Una serie di 35 tavole fuori testo serve a far seguire molto facilmente la descrizione dei diversi processi. *p. s.*

A. GIANNUZZI. **Sulla tubercolosi vescicale.** Roma, Tip. Polizzi e Valentini, 1912.

Questo grave per quanto interessante capitolo della patologia della tubercolosi, che aveva già messo a prova l'acume di clinici e sperimentatori provetti, l'A. svolge in un accurato volume, corredato da tavole micro e fotografiche e da una completa bibliografia.

Ad una prima parte sintetica, in cui con parsimonia è selezionata la parte migliore delle conoscenze anatomiche e fisiopatologiche, segue un contributo personale anatomo-patologico, che con la diligenza con cui è raccolto ripara alla scarsezza del numero; seguono 52 storie cliniche, brevi ma complete per quanto riguarda il compito che l'A. s'è assunto.

Al problema della patogenesi, che tanto ha affaticato la mente dei patologi, l'A. dedica una delle parti migliori del lavoro, in cui l'elemento critico e sperimentale permettono al lettore di formarsi un giusto concetto delle vie discusse di penetrazione del bacillo di Koch nella vescica.

La trattazione clinica completa il volume, che è frutto di studio accurato e condotto con lodevole senso di critica e di misura: esso non chiude, nè lo potrebbe, definitivamente tutti i problemi, ma porta un notevole contributo alle conoscenze scientifiche attuali, di cui è uno degli indici più moderni e fedeli. *t. p.*

P. DELBET e P. MOCQUOT. **Varices du membre inférieur.** N. 2° des « Annales de la Clinique Chirurgicale » du prof. P. Delbet. 1 vol. in-8°. Paris, Librairie Félix Alcan. 18 frs.

Questo lavoro è il risultato di quindici anni di ricerche sperimentali, cliniche, anatomo-patologiche e chirurgiche, che hanno portato gli AA. a formulare una teoria patogenica ed una terapeutica razionale delle varici degli arti inferiori, tenendo conto dei vari momenti eziologici.

In una prima parte, studiano le valvole e le insufficienze valvolari delle vene dell'arto inferiore; e poi trattano della istologia, anatomia, fisiologia clinica e patogenesi delle varici. Nella 2ª parte, fanno la critica dei diversi metodi operativi; e poi si fermano a parlare delle indicazioni e contro-indicazioni delle resezioni della safena e dell'anastomosi safeno-femorale.

p. s.

G. BLECHMANN. — **Les épanchements du Péricarde.** J. B. Baillière, éd. Paris, 1913.

L'esame dei singoli sintomi e dei quadri clinici, esame minuto e critico che l'A. fa intorno alle conoscenze sui versamenti pericardici, si propone lo scopo della diagnosi precoce; ad essa è legata la precocità dell'intervento che talora salva il malato da una fine fatale.

L'elezione dell'intervento è dedotto dall'analisi critica di tutti i tentativi e di tutti i metodi proposti per pungere e diagnosticare o per vuotare i versamenti pericardici.

L'A. è partigiano del metodo della puntura epigastrica di Marfan, e di essa nel volume si trova ogni dettaglio.

Utile monografia e dal punto di vista clinico e da quello terapeutico. *t. p.*

VARIA

Una litania pei medici. — Dalla *Lancet Clinic* riportiamo il seguente saggio di una litania pei medici.

***

Da troppo pochi e da troppi clienti, *libera nos Domine.*

Dai clienti che pagano a fin d'anno, dai clienti che cominciano a scriverci « Caro Dottore » e dalle clienti troppo grate, *libera nos Domine.*

Dai nevrastenici e dai malati immaginari inguaribili, *libera nos Domine.*

Dal consulente che ci sottrae il malato e dal medico che verrà dopo di noi, *libera nos Domine.*

Dalle infermiere troppo stupide, dalle infermiere troppo istruite e dalle infermiere troppo belline che destano la gelosia della padrona di casa, *libera nos Domine.*

Dagli agenti librari, *libera nos Domine.*

Dal cliente che vuol mettere fuori d'imbarazzo un'amica, *libera nos Domine.*

Dalle chiamate alle 2 di notte, *libera nos Domine.*

Dai nuovi metodi per somministrare il salvarsan e dalle modificazioni alla reazione di Wassermann, *libera nos Domine.*

Dalle cure per la tubercolosi, dalle farine lattee e dalla metaamidofenilparametaossichinolina, *libera nos Domine.*

Dalle siringhe di Pravaz che non agiscono, dalle macchine statiche quando il tempo è umido, dal catgut che si spezza e dagli strumenti dimenticati nel ventre, *libera nos Domine.*

A. A.

Spirito anglo-americano. — *Il dottore*: Non scoraggiatevi. Alcuni anni or sono io ebbi la stessa malattia.

Il paziente: Ah, ma non lo stesso medico!

« *Transcrift* ».

All'esame. Il professore chiede: Specifichi di che cosa sono morti gli abitanti che perdettero le loro vite a Pompei ed Ercolano.

Lo studente: Credo siano morti di un'eruzione.

« *Christian Advocate* ».

Il paziente: Il mio stomaco è sconquassato, dottore.

Il medico: Avete provato la cucina di famiglia?

Il paziente: Non è questa la ragione, dottore.

Carnell Window.

— Ora, disse la vecchia signora nervosa al farmacista, siete ben sicuro di avermi dato una pozione ben fatta?

— Questo non potrei asseverarlo in buona coscienza, rispose il farmacista. Io non ho fatto altro che eseguire appuntino l'ordinazione del medico.

Each.

Psicologia orientale. — Il Governo francese ha promosso un'inchiesta in alcune città orientali per conoscerne lo stato sanitario.

Il pascià di Damasco si è affrettato a riempire il questionario inviatogli. Riportiamo alcune delle informazioni da lui fornite.

Alla domanda: — Le provviste di acqua sono sufficienti e di buona qualità? — l'ottimo funzionario ha così risposto: — Da tempi immemorabili a Damasco nessuno è mai morto di sete.

Alla richiesta: — Fornite informazioni generali sullo stato generale di salute — egli ha così replicato: — Non è lecito immischiare sè stesso ed i propri fratelli in questioni che concernono soltanto Allah.

(*Bull. of the Chicago Healt Department*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CHELINI A. Ospedale civile di Piombino. II° Resoconto statistico triennale della Sezione Chirurgica (1908-1911). — Follonica, 1913.

SALINARI S. Le ferite dell'addome prodotte dalle moderne armi da guerra. — Milano, 1913.

PIRAS L. La reazione delle precipitine come mezzo di diagnosi della peste — Novi Ligure 1913.

GANDINI V. I caratteri antropometrici di 400 bambini delle scuole elementari in relazione alla gerarchia intellettuale ed alla condizione sociale economica. — Genova, 1913.

LERDA G. Die rationelle Pneumopexie in der Thoraxchirurgie. — Leipzig, 1913.

COVA F. Quali sono i tubercolosi sanatoriabili? — — Milano, 1913.

PARLAVECCHIO G. Di un caso rarissimo d'idatide del pancreas guarito colla marsupializzazione Milano, 1913.

D'AMICO C. L'invaginazione intestinale nei bambini. — Galatina, 1913.

BARNABÒ V. Ricerche sperimentali sulla necrosi ossea. — Treviso, 1913.

D'URSO G. Malaria e polmonite. — Napoli, 1913.

GRASSI E. Brefotrofio provinciale di Milano, Relazione generale per l'anno 1912. — Milano, 1913.

GUCCIARDELLO S. Rapid treatement of Anthraxes whithout shedding of blood, by means of pure water steam. — Milano, 1913.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I Congresso nazionale degli Ordini dei medici.

Dal *referendum* fra gli Ordini dei medici circa la data di questo Congresso, è risultato che parecchi desiderano sia tenuto dentro l'anno: la Presidenza ha quindi stabilito la convocazione del *I Congresso nazionale degli Ordini dei Medici* in Roma, nei giorni 20 e 21 dicembre p. v. (in luogo ed ora da destinarsi).

Argomenti da trattarsi saranno:

1. Modificazioni alla legge ed al regolamento sugli Ordini: *a*) Modificazioni alla composizione dei Consigli dell'Ordine; *b*) Obbligatorietà della inscrizione e sanzioni giuridiche; *c*) Efficacia delle misure disciplinari; *d*) Tutela dell'Ordine sui medici dipendenti da pubbliche amministrazioni; *e*) Semplificazioni e riforme delle procedure regolamenari.
2. Modificazioni allo statuto della Federazione.
3. Pubblicazione di un giornale organo della Federazione.
4. Riunione dei Congressi medici (scientifici e professionali).
5. Composizione dei Consessi sanitari (Consiglio superiore di sanità, Consigli sanitari provinciali).
6. Eventuali proposte dei singoli Ordini su questioni speciali (da comunicarsene il titolo alla Presidenza della Federazione non oltre il 10 dicembre).
7. Elezione del nuovo Consiglio della Federazione.

Verrà pubblicato in seguito l'ordine del giorno completo.

La Federazione ha già iniziato le pratiche per ottenere il ribasso ferroviario per i congressisti e le loro signore.

La Presidenza ha nominato una Commissione esecutiva del Congresso nelle persone dei dottori Enrico Ballerini, Alfredo Garofalo, Giovanni Palomba.

Qualunque schiarimento potrà essere domandato alla segreteria della Federazione: Roma, Foro Traiano, 1.

Il V Congresso internazionale della stampa medica.

Si è adunato a Londra il 5 agosto u. s., sotto la presidenza del compianto dott. Lucas-Championnière.

Dal resoconto ufficiale, ora pubblicato, togliamo i seguenti dati.

La stampa medica dei vari paesi era così rappresentata: Inghilterra: Sprigge, Dawson Williams, Creasy, Smith, ecc.; Germania e Austria: Posner, Spatz, Zedhen, Lennhoff, ecc.; Belgio: Dejace, Coppez, Phéchère, Delsaux; Danimarca: Ehlers, Rovsing; Spagna: Calleja; Egitto: Comanos; Francia: Lucas-Championnière, Pozzi, Landouzy, Desfosses, Fovean de Cournelles, Leredde, Borgonié, Arnaud, Burnier, Bérillon, Roulland, Blondel; Ungheria: Schaechter; Italia: Ascoli V., Ceccherelli, Gradenigo, Segale; Polonia: Wicherkiewiz, Krynoski, ecc.

***

Il dott. Raoul Blondel, segretario generale, legge la sua relazione sull'*unificazione della terminologia medica.*

Il relatore segnala la confusione ingenerata da termini nuovi costruiti senza regola e senza presentare carattere descrittivo sufficiente; dimostra come la lettura dei lavori medici stranieri sarebbe agevolata se almeno i sostantivi e i verbi designanti malattie, sindromi e azioni patologiche e fisiologiche fossero gli stessi in tutte le lingue, o facili a comprendere da tutti i medici forniti di coltura classica. Propone che in avvenire la creazione di termini medici venga assoggettata alle norme seguenti:

1° uso di radici tolte, per una stessa parola, dalla stessa lingua, greca o latina; soppressione degli ibridi greco-latini, franco-grechi, germano-latini, ecc.;

2° scelta di termini che richiamino un segno essenziale piuttosto che evocatori d'una teoria, descrittivi e non puramente esplicativi, poichè i fatti restano e le interpretazioni passano;

3° abbandono dell'uso dei nomi d'autore, i quali variano secondo i paesi, creano spesso ingiustizie storiche, alimentano polemiche interminabili di rivendicazione e finiscono per richiedere dizionari speciali.

La revisione dei termini già in circolazione sarà opera delicata, che non potrà essere compiuta radicalmente, poichè certi diriti acquisiti sono imprescindibili; ma il relatore crede che alcuni miglioramenti possano realizzarsi e all'uopo propone che in ogni paese l'Associazione nazionale della stampa medica assuma l'iniziativa della revisione, mediante il proprio ufficio, al quale verrebbero aggregate persone competenti. Indica le modalità della revisione. Le innovazioni, se realmente pratiche, verrebbero subito accolte dagli autori; il disserente cita in propo-

sito come esempio il termine « febbre di Malta » che, su richiesta dell'Inghilterra, è stato sostituito da « melitosi », ora da tutti inteso e sempre più usato.

Le conclusioni del R. vengono accolte ad unanimità e si decide che la revisione comincerà in un ramo della medicina; su proposta del R. si sceglie l'epidemiologia, poichè essa presenta una importanza notevole per i regolamenti sanitari internazionali.

* * *

Il prof. Posner di Berlino si occupa del *controllo alla réclame dei prodotti medici*. Egli propone che, accanto ad ogni Associazione della stampa medica, venga costituita una speciale Commissione di revisione.

Il controllo è già stato istituito dai grandi giornali medici inglesi. E in Germania l'Associazione della stampa medica, indipendentemente da ogni azione giudiziaria, ha posto il veto alla pubblicazione degli annunzi menzogneri, relativi a prodotti la cui composizione chimica differisce da quella indicata o la cui somministrazione può costituire un pericolo per la salute pubblica.

Il disserente ritiene che in tutti i paesi potrebbe funzionare un controllo del genere, senza attendere l'intervento dei Tribunali nè le perizie ufficiali da essi ordinate in seguito ad accidenti o denunzie.

La Commissione scarterebbe gli annunzi non desiderabili, sia per la forma, sia per l'oggetto, e li metterebbe all'indice in tutti i giornali medici.

Il prestigio degli annunzi ammessi ne verrebbe accresciuto e la stampa medica assumerebbe così l'iniziativa di un'opera di epurazione desiderabile.

Le eventuali analisi di controllo verrebbero compiute a spese degli impetranti.

Il Congresso approva le conclusioni del professore Posner e decide che le Associazioni nazionali della stampa medica saranno invitate ad esaminare, ciascuna nel proprio paese, l'opportunità e la probabilità di successo di tali misure.

* * *

L'Associazione internazionale della stampa medica, in adunanza statutaria, ha studiato poi le condizioni di pubblicazione dell'*Annuario generale* in preparazione; ha approvato i *resoconti* del tesoriere; ha proceduto infine al rinnovamento del proprio *ufficio di presidenza*, il quale è risultato così composto:

Dejace (Belgio), presidente; Ascoli V. (Roma) e Calleja (Madrid), vice-presidenti; Raoul Blondel (Parigi), segretario generale; Desfosse (Parigi), segretario generale aggiunto; Dawson Williams (Londra), tesoriere.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4139) *Infortunii - Cura chirurgica.* — Il Dottor G. I. da B. di M. chiede conoscere se come medico residenziale abbia il dovere di curare gratuitamente un operaio infortunato in un Comune vicino, ma appartenente al Comune ove presta servizio e se abbia del pari il dovere di inviare i certificati relativi all'andamento del male.

Per la legge negli infortunii ogni infortunato ha diritto alla assistenza e cura sanitaria che gli sarebbe normalmente spettata, e, cioè, gratuita se inciuso nello elenco dei poveri od in caso di estensione della condotta a tutti i natudali del luogo. Nonostante che l'infortunio sia avvenuto in Comune diverso, se l'infermo fu poi trasportato nel suo paese di origine, il medico condotto ha l'obbligo di mandare all'istituto assicuratore i certificati relativi al decorso della malattia.

(4141) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. Abbonato n. 9403 chiede conoscere se un medico di ospedale amministrato dalla Congregazione di carità possa essere nominato ufficiale sanitario e quale mezzo vi sarebbe per far procedere subito alla nomina regolare dell'ufficiale sanitario, tanto più che quello che attualmente presta servizio è fratello al farmacista.

Non vi è incompatibilità fra la carica di medico dell'ospedale e quella di ufficiale sanitario. Per far cessare il lamentato inconveniente denunzi il fatto al Prefetto sollecitando relativi solleciti provvedimenti per la sistemazione di un sì importante servizio.

(4143) *Estrazione di denti.* — Il Dott. Abbonato n. 4622 desidera conoscere quali ragioni dovrebbe addurre in giudizio qualora si inducesse a chiamarvi il Comune, che si rifiuta pagargli a parte l'estrazione dei denti.

Il medico condotto è anche tenuto alla estrazione dei denti quando essa può avvenire con i mezzi ordinari di cui dispone. In caso contrario deve essere pagato ma non dal Comune ma bensì dal paziente.

(4144) *Riduzione della condotta piena.* — Il Dott. G. B. da C. desidera conoscere in forza di quale legge o giurisprudenza non è consentita la condotta piena nei Comuni ove risiedono liberi esercenti.

Non vi è all'uopo alcuna disposizione speciale di legge. La giurisprudenza si è più volte pronunziata in senso favorevole alla tesi. Può riscontrare, fra gli altri, il parere del Consiglio di Stato a sezioni unite del 27 ottobre 1910 pel Comune di Nocera Tirinese.

(4145) *Indennità.* — Al Dott. G. G. da G. S., che ci chiede uno schiarimento, rispondiamo che

la somma di lire 9635.40 non deve sembrare esagerata, sia perchè trattasi di indennità, pagabile una volta tanto, sia perchè Ella la verrebbe a liquidare dopo 17 anni di servizio.

(4146) *Farmacie.* — Al Dott. A. C. da M. di N. facciamo rilevare che l'Amministrazione del « Policlinico » tien conto dei soli quesiti che vengono fatti nell'interesse diretto dei propri abbonati e non in quello di altri. Per atto di doverosa cortesia rispondiamo, però, che il trasferimento della fermacia poteva essere fatto senza autorizzazione e che chi si sente leso nei propri diritti, non all'autorità amministrativa, ma a quella giudiziaria avrebbe douto ricorrere. Il Prefetto si dovrà uindi, dichiarare incompetente a risolvere l'interposto gravame.

(4147) *Stabilità - Pensioni.* — Il Dott. R. G. da V. prestando servizio da interino fin dal 1° gennaio 1911 chiede conoscere se possa ritenersi stabile a seguito della nomina regolare a base di concorso, ottenuta nel 4 novembre del corrente anno. Chiede inoltre conoscere se, avendo il Comune durante l'interinato pagato alla Cassa di previdenza il contributo proprio e quello del sanitario, possa tal periodo di tempo essere ritenuto come utile agli effetti della pensione.

Essendo stato nominato medico condotto a base di concorso, diventa utile e computabile nel biennio di prova il tempo trascorso in servizio di interinato. Ella, quindi, è già stabile. Il servizio prestato come interino può solamente valere per affrettare l'acquisto del diritto alla pensione, ma non può essere considerato come servizio utile alla pensione, perchè ad esso manca una condizione indispensabile e, cioè, quella della nomina regolare, fatta in base a concorso.

(4148) *Ricorso contro aumento di ufficio dello stipendio.* — Il Dott. B. M. da S. desidera conoscere se il Comune può ricorrere contro la decisione della G. P. A., che aumenta di ufficio lo stipendio del sanitario ed in qual termine il ricorso stesso può essere proposto.

È lecito ai Comuni ricorrere al Consiglio superiore di sanità contro le deliberazioni della G. P. A., che ai terminell'articolo 26 del Testo unico elevano di ufficio lo stipendio del medico condotto. Però per effetto della circolare del Ministero dell'interno del 5 maggio 1910, n. 20400, tale ricorso non è più ricevibile se proposto oltre i 39 giorni dalla notifica, e ciò in applicazione del disposto dell'articolo 319 della legge comunale.

(4149) *Pensioni.* — Al Dott. abbonato N. 3139 rispondiamo che liquiderà l'annua pensione di lire 1649. Alla vedova, tenuto anche conto del contributo plurimo pagato, sarà corrisposta la metà della pensione suddetta.

(4150) *Stipendio medici Opere pie.* — Il Dottore A. A. da C. chiede conoscere se l'esattore delle Opere pie, al pari di quello comunale, abbia l'obbligo di pagare mensilmente lo stipendio ai medici dell'ospedale, anche in mancanza di appositi fondi in cassa.

Le Opere pie non hanno esattori, ma semplici tesorieri. La legge del 14 luglio 1898 fu fatta pei medici condotti e non per i sanitari a servizio delle Opere pie. Per costoro bisogna, in caso di inadempienza, ricorrere ai mezzi ordinari e, cioè, ai ricorsi alle superiori autorità ed, occorrendo, al sequestro delle rendite patrimoniali.

(4151) *Indennità e pensioni.* — Il Dott. L. C. da C, desidera conoscere quale indennità compete ad un medico condotto con 10 anni di servizio che sia diventato inabile a continuare il servizio per infermità non contratta nè dipendente dal servizio e se spetti la restituzione dei contributi pagati al medico condotto che lasciasse volontariamente il posto.

Il medico condotto che senza alcuna ragione di salute abbandona il servizio, perde i contributi versati. Per poterle indicare l'ammontare della indennità che riceverà, occorre che ripeta il quesito, indicando l'età che avrà all'atto della cessazione del servizio.

(4152) *Cura gratuita - Patrocinio presso la Cassazione.* — Il Dott. D. L. da V. P. chiede conoscere se abbia diritto a cura gratuita la donna che, sebbene iscritta nell'elenco dei poveri siasi riunita in connubio con giovane agiato e se possa presentarsi a discutere una causa in Cassazione un avvocato abilitato a patrocinare presso quella Corte, ma diverso da colui che sottoscrisse il ricorso.

Coll'andare a convivere stabilmente col giovane agiato, la donna è divenuta parte della casa di lui e ne segue la sorte anche economicamente. E perciò è il giovane che deve provvedere alla cura ed assistenza sanitaria di le. Ciò, anche se manchi regolare matrimonio, perchè deve essere certamente pubblica e notoria la comunanza materiale ed etica che esiste fra i due. Ben può un avvocato diverso da quello che sottoscrisse il ricorso patrocinare dinanzi la Corte di Cassazione. al giorno dell'udienza si presenti e dichiari di essere egli il rappresentanze legale di quella data parte.

(4153) *Cura abbienti - Rifiuto.* — Il Dott. P. T. da V. desidera conoscere se un medico condotto pei poveri possa rifiutarsi all'assistenza agli abbienti, quando nel Comune esistono altri medici liberi esercenti.

Crediamo che in tali condizioni si possa rifiutare l'assistenza, meno però nei casi di urgenza,

o quando, per qualsiasi altra ragione, manchi nel paese la possibilità della sostituzione, anche immediata.

(3154) *Pensioni.* — Al Dott. G. I. da C. rispondiamo che i due anni accennati non possono essere riscattati, perchè prestati con rimunerazione inferiore a lire 300 annue ed in una qualità diversa da quella per cui è ora iscritto alla Gassa.

(4155) *Tariffa per la visita delle carni da macello.* — Il Dott. L. C. da G. desidera conoscere se la Giunta comunale può stabilire una tariffa per la visita delle carni da macello e, nella negativa, come debba regolarsi contro un atto della Giunta, che ha diminuito, senza nemmeno consultarlo, la tariffa di tale prestazione.

La visita delle carni macellate nel Comune è richiesta nell'interesse generale della pubblica salute e perciò, in mancanza del veterinario comunale, essa è eseguita gratuitamente dall'ufficiale sanitario o da chi, anche temporaneamente, lo sostituisce. Se poi trattasi di visita a carni macellate fuori Comune, l'imposizione di qualsiasi tassa è assolutamente illegale, come ebbe a dichiarare il Consiglio di Stato con suo parere del 2 febbraio 1912, Comune di Chiaravalle.

(4157) *Concorso per la nomina a medico condotto - Impugnativa.* — Il Dott. abbonato n. 9418 chiede conoscere se sia insindacabile la deliberazione della Commissione giudicatrice di un pubblico concorso per la nomina a medico condotto, se sia luogo a rifacimento di danno e quali mezzi di impugnativa siano dalle legge concessi.

La Commissione giudicatrice di un soncorso per la nomina a medico condotto non presenta una deliberazione, ma una semplice relazione al Comune con la graduatoria dei candidati. Il suo pronunziato è insindacabile, sia perchè basato su criteri tecnici, che sfuggono al controllo delle autorità superiori, sia perchè la legge non fa nel caso menzione alcuna di possibilità di ricorso. Potrebbe essere sindacabile e suscettibile di gravame la deliberazione del Consiglio comunale, che procedendo alla nomina del medico condotto commettesse violazione di legge o trascurando i risultati della graduatoria od in altra qualsiasi maniera. Però, anche in tal caso, essendo tale deliberazione un provvedimento definitivo, non è ammesso altro ricorso che quello straordinario al Re od alle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato e per tali motivi di legittimità. L'interposto gravame è, quindi, assclutamente irricevibile. Qualora il Comune, in dispregio della graduatoria, si ostinasse a non procedere alla nomina del medico condotto, i varî graduati dichiarati idonei, potrebbero chiedere al Comune stesso il risarcimento dei danni.

(4158) *Ufficiale sanitario.* — Il Dott. abbonato n. 8838 chiede conoscere se il medico condotto può fare da ufficiale sanitario in altro Comune.

Il medico condotto non può accettare l'incarico di ufficiale sanitario in altro Comune, perchè il disimpegno di tale funzione non gli permetterebbe di rispettare l'obbligo della residenza.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

AMATRICE (*Aquila*). — Due condotte a cura piena. Vedi fasc. 46. Scad. un mese dal 10 nov.

ANDRIA (*Bari*). — Medico condotto supplente; lire 1500 lorde e 3 sessenni del decimo; non più di anni 40 s. e r. Scad. 20 dic.

*AZZANO MELLA (*Brescia*). — Medico; L. 3400 lorde e 3 sessenni, cura piena, ab. 1329 dei quali 822 nel centro, 507 nelle frazioni, poveri 1100. Scad. 3 dic.

BANARI (*Sassari*). — Condotta; L. 3300 nette aument. Scad. 15 dic.

BARBARESCO (*Cuneo*). — Condotto U. S. del consorzio con Trezzo Tinella; L. 2000 con obbligo di residenza a Bongiovanni (centro); abit. 3329, poveri 105. Scad. 3 dic.

BOLOTANA (*Sassari*). — Seconda condotta; lire 1500, 4 sessenni, 25-45 anni, s. e. r. Scad. 15 dic.

CASTELBELLINO (*Ancona*). — A tutto il 31 dicembre condotta semi-residenziale; L. 3000 cura poveri, L. 500 semi-abbienti; L. 100 quale U. S.; L. 500 per mezzi di trasporto, lorde; tre sessenni. Servizio entro 15 giorni. Popol. inferiore 1500 ab.

CERES (*Torino*). — Condotto; L. 2000 e L. 200 d'indennità d'alloggio. Scad. 10 dicembre.

CHIAUCI (*Campobasso*). — Condotta unica; L. 1500 per l'assistenza a 20 poveri e L. 1400 generalità, vaccinaz., arm. farm.; L. 100 all'uff. san. Ab. 1058 agglomerati. Scad. giorni trenta dal 20 nov.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Condotti pel capoluogo e le fraz. Monticello e Sasso d'Ombrone, per la generalità; L. 4000 per ciascuna delle fraz., L. 3800 nel capoluogo. Scad. 12 dicembre.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Doc. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dic.

FILOTTRANO (*Ancona*). — Medico della 1ª condotta (*Storaco*); L. 4050 lorde; abit. 2900 circa, cura piena, obbl. cavalc. Scad. 5 dicembre.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova.* — Due medici assistenti, nomina biennale, conferma biennale; L. 1200 con ritenuta di R. M. Età massima 28 anni. Scad. ore 17 del 4 dic.

GIRGENTI. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Naro e di Favara; L. 1600 e L. 2400 lorde. Età limite 45 anni al 24 nov. Scad. 26 dic.

IMOLA. *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli a medico assistente dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde, alloggio nell'Istituto e vitto nei giorni di guardia. Scad. 25 dic.

LAVONE (*Brescia*). — Prorogato il concorso al 31 dicembre.

MARMENTINO FRUNA (*Brescia*). — Consorzio, L. 3467, due sessenni, alloggio. Scad. 31 dic.

MOMBELLO LAGO MAGGIORE (*Como*). — Consorzio con Cerro Lago Maggiore; L. 3300 nette aument. Scad. 19 dic.

NAPOLI. — Concorso per titoli e per prove a 12 posti di sanitari addetti al servizio di vigilanza sugli alimenti, bevande, igiene abitati ed industrie, L. 2400 ciascuno. Otto posti sono riservati e laureati in zooiatria e 4 a laureati che abbiano compiuto studi di chimica bromatologica e sostenuti i relativi esami. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio municipale d'igiene. Scad. 15 dic.

PERETO (*Aquila*). — Il concorso per la nomina del medico condotto è prorogato a tutto il 31 dicembre 1913. Stipendio lire 4000 con eventuale maggiore assegno di lire 500. Per maggiori informazioni rivolgersi al sindaco.

PERUGIA. *Università libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

POMPIANO (*Brescia*). — L. 4100 per 2000 poveri, obbligo mezzo di trasporto. Tram Brescia-Orzinuovi. Scad. 15 dic.

PRALUNGO (*Novara*). — A tutto il 31 dicembre. Residenziale. Ab. 2926, poveri 20 circa. Stipendio L. 1500 lorde. L. 100 indennità uff. san.

QUISTELLO (*Mantova*). — Tre condotte piene per le frazioni; L. 3000 lorde e tre sessenni; L. 600 per carrozza e cavallo obbligatori; all'uff. san. L. 300. Scad. un mese dal 14 nov.

REVINE LAGO (*Treviso*). — Medico; L. 3350 e L. 150 quale U. S., condotta libera, abit. 3037. Scad. 24 dic.

RIMINI (*Forlì*). — *Ospedale Civile*, Assistente; L. 1500 lorde, vitto, alloggio. Rivolgersi alla Congregazione di Carità.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 27 tenenti medici; L. 2400 oltre L. 200 d'indennità d'arma. Gli esami cominceranno il 26 genn. Scad. 10 genn. Età massima 30 anni al 10 nov. Diploma originale di laurea. Chiedere l'annunzio.

SACCOLONGO (*Padova*). — A tutto il 10 dic. Residenziale. Ab. 2987, poveri 350 circa; stipendio 3200 comprese L. 500 indennità mezzo obbl. trasporto. Tre aumenti sessennali. L. 200 ufficiale sanitario.

SAN GIOVANNI D'ASSO (*Siena*). — Medico condotto della fraz. Montisi; L. 3000 e L. 300 ove rinunzi al mese di congedo. Scad. 10 dic.

SAN PIETRO IN CERRO (*Piacenza*). — A tutto il 10 dicembre. Residenziale. Stipendio L. 2800. Indennità uff. san. L. 100. Indennità cavalcatura L. 800. Tre aumenti sessennali Alloggio, con annessa stalla, rimesse e fienile. Assunzione del servizio 10 gennaio.

*SERRAVALLE DI CHIENTI (*Macerata*). — 1ª condotta; L. 2700 lorde per la cura obbligatoria e facoltativa, L. 600 per indennità vettura, L. 100 quale U. S., non più di 45 anni s e. r. Scadenza 15 dicembre.

SESTO CAMPANO (*Campobasso*). — Condotto; L. 3100 nette, cura piena; abit. 2552; L. 100 per mezzo di trasporto alle frazioni. L. 100 quale U. S., L. 200 per a. f., non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 29 dic.

VENEZIA. *Istituto degli Esposti.*—Medico assistente, L. 1500 ed alloggio. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

VICENZA *Ospitale Civile.* — Medico chirurgo secondario. Scad. ore 16 del 3 dicembre. Nomina e conferma biennali. Assunzione dell'ufficio entro 5 giorni dalla partecip. di nom. L. 1700 lorde, alloggio, nei giorni di guardia vitto e indennità di L. 4. Iscrizione a un Ordine.

VILLENEUVE (*Torino*). — È aperto un nuovo concorso al posto di Medico consorziale: L. 2200 elevabile di L. 5000 se approvato deliberato. Scad. 15 dic.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi:

Nuove diffide sanzionate: Solonghello [per l'interinato e per il servizio effettivo] e Villamiroglio (Alessandria), Medicina (Bologna), Portico di Caserta (Caserta), Capoterra (Cagliari), Mira [IV riparto] (Venezia), Giaveno (Torino), Volterra [fraz. Villamagna] e Pomarance [fraz. Sarrazzano] (Pisa), Monte Falcone (Fermo), Gemmano (Forlì).

La sezione Isola d'Elba dell'A. N. M. C. tiene a precisare che la diffida per Portolongone riguarda il penitenziario governativo e non il comune di Portolongone.

Revoca di diffide: Bomasco, Mezzanino e Mornico Losana (Pavia), Montone (Perugia), Castelbellino (Ancona).

Ci si comunica:

« Prego diffidare concorso Filottrano perchè a cura piena e con stipendio insufficiente. La ringrazio. Dott. Aldo Mergari ».

Lotta antitubercolare.

La « Lega Nazionale Italiana contro la tubercolosi » (via del Tritone, 46, Roma), intende di svolgere un programma di difesa sociale contro la tubercolosi, adattato alla natura ed alle condizioni del paese.

Indice perciò un concorso tra i medici condotti ed ufficiali sanitari in servizio, per un opuscolo chè dovrà valere di guida ai medici propagandisti e nel quale sotto forma di conferenze (non più di tre) sia svolto il programma della difesa sociale contro la tubercolosi.

La somma fissata di lire 1000, sarà ripartita in tre premi: il 1° premio di lire 500; il 2° premio di lire 200; tre terzi premi di lire 100 ognuno.

Le memorie premiate restano di proprietà della Lega.

Il concorso scade il 31 maggio 1914.

I concorrenti accluderanno alla loro memoria una busta chiusa contenente il loro nome e i titoli che dimostrino la loro qualifica.

La Commissione giudicatrice sarà composta di tre membri scelti dalla Lega Nazionale, di cui uno faccia parte o dell'Associazione tra i medici condotti o di quella tra gli ufficiali sanitari.

Il lavoro sarà così impostato:

NATURA E CAUSE DELLA TUBERCOLOSI.

Il bacillo di Koch. - Quando, dove e come il bacillo di Koch viene a contatto dell'uomo. - Porte d'entrata del bacillo nell'organismo (pelle, vie respiratorie, tubo digerente). - Che cosa accade del bacillo penetrato nell'organismo. - Predisposizione individuale. - Vie di diffusione del bacillo. - Localizzazioni principali della tubercolosi. - Segni generici dell'infezione tubercolare. - Attributi principali esterni del tubercolizzato. - Segni speciali più apprezzabili da ognuno, della localizzazione polmonare. (Si raccomanda ai concorrenti di svolgere sommariamente questa prima parte, la quale deve servire di chiarimento alla seconda).

PIANO ORGANICO DI LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI.

I. — *Lotta individuale.*

a) norme d'igiene generica individuale (vita all'aperto, igiene della pelle, igiene dell'alimentazione, del lavoro, della psiche);

b) norme riguardanti particolari condizioni di predisposizione alla tubercolosi (ereditate od acquisite) e riguardanti i mezzi pratici atti a difendersi dal contagio (educazione antitubercolare individuale).

II. — *Lotta collettiva o sociale.*

a) norme d'igiene generica collettiva (igiene delle abitazioni, igiene della scuola, igiene del lavoro);

b) norme collettive di lotta contro la tubercolosi.

Mezzi per evitare il contagio tubercolare.

Preservazione dell'infanzia. — Accertamento e sorveglianza dello stato di salute dei bambini (ambulatori infantili, medici scolastici, ecc.).

Provvedimenti di tutela. — Dell'infanzia in generale (leggi di protezione della maternità e dell'infanzia. - Opere di aiuto materno, ecc.).

Dei predisposti (predisposizione individuale). - Colonie all'aperto (marine, montanine, di campagna, ecc.). - Scuole all'aperto, colonie di vacanze, ecc.

Provvedimenti a favore dei bimbi conviventi con ammalati di tubercolosi aperta (predisposizione d'ambiente).

Preservazione della casa. — Accertamento e sorveglianza igienica della casa (ufficio d'igiene municipale). - Inchiesta domiciliare da parte dei dispensari, ecc. - Legislazione di tutela igienica della casa nei riguardi della tubercolosi.

Denuncia obbligatoria delle forme di tubercolosi aperta.

Cura degli individui affetti da tubercolosi. — Accertamento degli affetti da tubercolosi (dispensario antitubercolare comunale, ambulatori, denuncia, da parte dei medici esercenti, delle tubercolosi aperte). - Provvedimenti per la cura degli affetti da tubercolosi (cura domiciliare, sanatori, colonie, ospedali specializzati, ecc.).

MEDICINA SOCIALE

Alcuni risultati delle assicurazioni sociali in Inghilterra.

La prima relazione ufficiale del Comitato nazionale inglese sulle assicurazioni sociali contiene copiosissime informazioni sull'andamento dell'atto legislativo che provvede appunto alle assicurazioni sociali.

Troppo lungo ed anche superfluo sarebbe il riportare in esteso molte preziose osservazioni ivi contenute, cosicchè ci atterremo al metodo di esporre in riassunto i risultati principali.

La relazione ricorda a riguardo dei calcoli attuariali, che il tasso di mortalità alle diverse epoche della vita non è una quantità fissa e nota, alla quale si possa attribuire un grado di fiducia sufficiente da permettere ad un attuario di predire con certezza il numero delle persone che sopravvivono ad una età determinata; il tasso di mortalità è al contrario variabile e sopratutto nel corso degli ultimi anni; le sue variazioni sono state costantemente nello stesso senso ed hanno aggravata l'importanza dei carichi degli organi di assicurazione che garantiscono le indennità di malattia o di invalidità o di pensione: i progressi della scienza medica, il miglioramento delle condizioni igieniche, le profonde modificazioni delle abitudini del popolo, che ha permesso di addivenire in larga misura al progresso della educazione, igienica hanno senza dubbio contribuito a produrre nel Regno Unito di Inghilterra un abbassamento del tasso di mortalità che è stato constatato tanto dai poteri pubblici, quanto dalle inchieste private.

Il Comitato attuale ha quindi proceduto ad una nuova inchiesta sulla mortalità, prendendo per base l'effettivo della popolazione stimata a ciascun anno alla data del 30 giugno 1909 ed il numero delle morti avvenute in ciascuna età durante gli anni 1908-1910. Si è ottenuta così la nuova tavola, che non crediamo di riportare qui, ma che dimostra all'evidenza la diminuzione avvenuta nelle età fino a 80 anni per gli uomini e fino a 90 per le donne.

Ma non meno interessanti sono le ricerche a riguardo dei tassi di mortalità e di invalidità. Le prime sono frutto di diverse esperienze risultanti dalle operazioni di società di mutuo soccorso, di cui la più recente e la più sviluppata è la *Manchester Unity*. Ma questa esperienza era data, come tutte le precedenti, dalle indennità accordate dalle Società di mutuo soccorso, fino dal primo giorno di inabilità al lavoro, mentre la legge non contempla l'indennizzo che a partire dal quarto giorno di inabilità e lo garantisce durante 26 settimane a partire da quel giorno.

Quanto alle indennità di invalidità l'esperienza della *Manchester Unity* era sufficiente per le persone che erano assicurate da un lungo periodo; ma tutti i casi di invalidità di una durata di due anni e più non erano classificati che per età senza distinzione dell'epoca nella quale la malattia aveva incominciato, in modo che una stessa media associava la malattia che era al suo terzo anno di durata, quella che era al quarto, quella che aveva raggiunto il quinto, ecc. ecc. L'esperienza non era dunque sufficientemente dettagliata per le condizioni che caratterizzano i primi anni di applicazione della legge durante i quali i carichi dell'invalidità dovevano apparire a poco a poco, a misura che l'invalidità si sviluppava tra le persone assicurate abili al lavoro (poichè erano tutte impiegate ed occupate) all'epoca nella quale cominciava il versamento delle quote. Furono quindi applicati dei procedimenti matematici ai risultati della Società *Manchester Unity*, allo scopo di adattarli al regime della legge. Nondimeno non è apparso desiderabile di rimettersi esclusivamente a dei metodi di calcolo che potevano essere giudicati puramente teorici. Così, col consenso del Ministero delle Finanze, rivolgendosi alle Società più importanti e che si sapeva conservavano il dettaglio dei loro risultati di pratica, si ottennero dei dati atti a confermare o rettificare i risultati matematici al lume della esperienza.

Si ottenne così col calcolo il numero dei casi di malattia sopravvenienti a ciascuna età, essendo distinti per durata. Ed ecco i risultati:

Numero dei casi di malattia della durata di:

Età	3 anni	4 anni	5 anni	6 anni	7 anni	8 anni e più
20-24	53	24	13	6	3	1
25-29	35	22	15	10	6	12
30-34	30	20	14	10	7	19
35-59	23	17	13	10	8	29
40-44	21	16	13	10	8	32
45-49	19	15	12	10	8	36
51-54	19	15	12	10	8	36
55-59	19	15	12	10	8	31
60-64	20	16	13	10	8	33
65-69	19	16	12	10	8	35
	20.5	15.7	12.8	10.0	8.0	33.0

(*L'Igiene Sociale*).

Nomine, promozioni e onorificenze.

Su proposta del Ministro degli esteri, S. M. il Re ha conferito la croce di ufficiale della corona d'Italia al cav. dott. Guido D'Ormea, capo servizio all'« Office International d'Hygiène publique » di Parigi.

FIRENZE. — I dottori Voltancoli Giovanni e Berti Giuseppe sono nominati assistenti in clinica chirurgica.

NOTIZIE DIVERSE

Nuovi senatori medici.

La dignità senatoriale è stata conferita a tre medici.

Il prof. *Ettore Marchiafava* dirige l'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Roma.

Gli hanno acquistato fama mondiale i suoi studi sulla malaria.

Notissime sono anche le sue indagini sull'anatomia clinica del sistema nervoso (ha scoperto e localizzato la sindrome di Marchiafava).

Domina da maestro tutto il campo dell'anatomia patologica.

Clinico insigne, è uno dei consulenti più rinomati ed apprezzati della Capitale. Gode la fiducia di Sua Santità, che lo ha nominato suo medico curante.

E' membro dell'Accademia dei Lincei e di molte altre società scientifiche nazionali e straniere.

Nacque a Roma nel 1847.

Il prof. *Carlo Forlanini* dirige la Clinica medica dell'Ateneo ticinese.

Si è imposto all'attenzione ed all'ammirazione del mondo medico con l'applicazione del pneumotorace artificiale alla cura della tubercolosi polmonare.

È il più degno rappresentante e continuatore della vecchia e gloriosa iatromeccanica italiana, la quale seppe precorrere il positivismo scientifico.

E' membro dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Nacque a Milano nel 1847.

Il prof. *Girolamo Gatti* è valente operatore e patologo chirurgo.

Allievo del Carle, seppe distinguersi e acquistare fama nell'Ospedale Mauriziano di Torino.

Entrato nell'agone politico, è stato per tre legislature uno dei più autorevoli rappresentanti del socialismo mantovano.

Lega Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi.

È stata costituita da alcuni mesi a Roma.

Si propone di promuovere gli studi sulla tubercolosi e di curare l'organizzazione della difesa sociale, dando unità d'indirizzo e di intenti a tutto il movimento antitubercolare in Italia.

Per raggiungere i suoi scopi la Lega:

a) incoraggia gli studi d'indole scientifica e d'indole sociale sulla tubercolosi;

b) diffonde con la propaganda le conoscenze relative alla contagiosità e alla prevenzione della tubercolosi;

c) promuove e favorisce le istituzioni dirette alla preservazione e alla cura della tubercolosi;

d) promuove dallo Stato provvedimenti legislativi per la profilassi;

e) provoca dai pubblici poteri e dagli enti morali l'appoggio morale e finanziario alle istituzioni che comunque contribuiscono alla lotta antitubercolare.

La Lega si compone di soci effettivi e di soci perpetui benemeriti.

Sono soci effettivi tutti i cittadini d'ambo i sessi e gli enti che intendono cooperare agli scopi suddetti e che si obbligano, almeno per un triennio, a versare una quota annua di lire 5.

Sono soci perpetui benemeriti quelli che elargiscono in una sola volta alla Lega una somma non inferiore alle lire 100.

Possono essere costituiti comitati locali nei comuni, nei quali il numero dei soci, tra effettivi e benemeriti, non sia inferiore a 20.

La Lega è diretta da un consiglio centrale composto del presidente e di 24 membri eletti.

Il congresso generale si riunisce almeno una volta all'anno in via ordinaria, e in via straordinaria quando lo ritenga necessario il consiglio centrale o ne faccia domanda un quinto dei comitati locali.

Chiedere lo statuto e il regolamento alla segreteria, via del Tritone 46, Roma.

Le vaccinazioni antitifose in Italia.

Il generale medico Ferrero di Cavallerleone dà notizia, nella *Nuova Antologia*, delle misure prese a difesa contro il tifo nelle truppe mobilitate in Libia. Nelle guerre, purtroppo e in quelle coloniali sopra tutto, le malattie infettive mietono vittime come le armi e talora più delle armi; e particolarmente micidiale in Africa è l'infezione tifica. In guerra non si può fare assegnamento sicuro sulla profilassi perchè mille cause concorrono a render vani la solerzia e i precetti dei medici. Si è pensato dunque, per le nostre truppe, alla vaccinazione antitifica, già in uso in parecchi eserciti, allo scopo di rendere i soldati più resistenti all'infezione. Fatti gli studi e gli esperimenti necessari il generale Ferrero iniziò personalmente a Tripoli, nell'agosto 1912, la vaccinazione dei soldati. Fino al giugno 1913 furono eseguite 16,191 vaccinazioni e precisamente 6691 prime vaccinazioni, 5427 seconde vaccinazioni e 4068 terze vaccinazioni, con questo risultato: dopo la prima vaccinazione nei vaccinati si ebbero 9 casi di tifo di cui tre mortali; morbosità per mille 0.4; dopo due vaccinazioni si ebbero ancora 9 casi di tifo, ma nessun morto, con le proporzioni: morbosità per mille 1.65, mortalità 0; dopo tre vaccinazioni si ebbero tre casi di tifo, morti 0; morbosità per mille 0.49; mortalità 0; mentre nello stesso periodo la morbosità nei non vaccinati, in Libia, fu del 35.3 per mille e la mortalità del 7 per mille; cifre dolorose benchè assai inferiori a quelle avute da altri eserciti: nella guerra ispano-americana si arrivò al 192.65 per mille di morbosità col 14.03 per mille di mortalità, e nel Marocco si ebbe il 168.43 per mille di morbosità e del 21.13 di mortalità. Ora la vaccinazione si prosegue regolarmente in tutti i presidi libici. (*Riv. d'Ig. e San. pubb.*).

Tra Provincia e Comune.

Il Sindaco di Milano, con ordinanza 18 marzo 1910, in base al disposto dell'art. 79 della legge 17 luglio 1890 sulle Opere pie, riconosciuto che un infante, originario di un comune del Bergamasco, stava per rimanere privo di alcun sostentamento a causa di malattia e di povertà dei suoi genitori e ritenuta l'urgenza, ne ordinava il ricovero nel Brefotrofio provinciale di Milano. In seguito la Provincia richiese al Comune di Milano il rimborso delle spese per l'allattamento, ma a ciò il Comune si è rifiutato, onde un giudizio svoltosi innanzi la Pretura del I Mandamento di Milano.

Il giudice ha assolto il Comune, affermando doversi ritenere che il Sindaco di Milano, ordinando il ricovero in quelle speciali circostanze di assoluta necessità ed urgenza, ed in base alle facoltà dategli dalla legge, avesse agito non come capo dell'Amministrazione comunale, ma come funzionario governativo; sicchè quell'ordinanza sindacale non poteva essere fonte di obblighi per l'Amministrazione comunale; obblighi che, ove per legge non spettino al comune di origine del ricoverato, dovrebbero, quando mai, spettare invece allo Stato, supremo tutore dell'ordine pubblico e per mandato del quale, come ufficiale governativo, avrebbe agito il Sindaco di Milano. Veniva quindi condannata la Provincia nelle spese di lite.

Propaganda igienica.

Il dott. Angelo Vetri ha tenuto a Castrogiovanni (Caltanissetta), nella sede del fiorente sodalizio « Unione cooperativa professionale democratica-cristiana tra contadini », una conferenza sulla malaria, che riuscì convincente e venne accolta con molto favore. Era illustrata da proiezioni. Il dott. Vetri coopera così efficacemente alla campagna antimalarica che sotto la illuminata direzione dell'ufficio sanitario provinciale va svolgendosi in quel vasto territorio.

Elargizione del sen. Marchiafava.

In occasione della sua nomina senatoriale il prof. Marchiafava ha elargito 500 lire per le colonie alpine e appennine e altrettante per l'Alleanza antitubercolare di Roma.

L'Istituto Pasteur di Parigi.

Il 15 novembre ne fu celebrato solennemente il venticinquesimo anniversario.

L'Istituto Pasteur venne fondato in seguito a una sottoscrizione pubblica internazionale che fruttò due milioni e mezzo. Ha oggi succursali a Lilla, Costantinopoli, Saïgon nell'Annam, Tananariva al Senegal, ecc.

La sede di Parigi occupa una superficie di 30 mila mq. e si divide in istituto batteriologico, istituto sieroterapico, istituto di chimica e ospedale pasteuriano. Al pianterreno tutto il lato destro è occupato dal « Servizio della rabbia ». Il primo piano è dedicato ai lavori pratici di batteriologia.

Casi di avvelenamento in un sanatorio.

Nel sanatorio-ospedale Umberto I di Roma sono intervenuti 7 casi di avvelenamento di cui uno letale ed altri due gravi, prodotti, pare, dalla somministrazione di gocce amare Beaumé al posto di un liquore stomatico.

Sono in corso un' inchiesta dell'autorità giudiziaria ed una di carattere amministrativo per assodare le responsabilità.

Incendio in un ospedale.

In una corsia dell'ospedale di Santa Maria della Consolazione a Roma s'è sviluppato un incendio.

Nella corsia erano ricoverate 23 inferme.

Grazie alla solerzia della capo-sala si potè subito provvedere a dominare il fuoco, mentre le inferme venivano trasportate in altri locali del nosocomio.

Si è spento a Parma il prof. **Alessandro Cugini**, già ordinario di medicina legale in quell'Ateneo. È stato un valente ed appassionato cultore della specialità.

Rassegna della stampa medica.

Brit. Med. Journ., 11 ott. DALLY. « La pressione del sangue massima e minima e loro significato ». — ROBINSON. « Il ritmo idio-ventricolare ».

Le Scalpel, 12 ott. « La gravidanza extra-membranosa ».

La Belg. Méd., 12 ott. CASSE, DEWEZ, ecc. « La tubercolosi umana da bacillo bovino e mezzi per combatterla ».

Med. Klinik, 12 ott. GLAESSNER. « Cure ingrassanti e dimagranti ». — HILLEL. « Forme cliniche dell'acromegalia ».

Berl. Klin. Woch., 13 ott. KITASATO. « Sulla peste ». — HIRSCHBERG. « Terapia dell'anacidità cronica ».

Riv. di Patol. nerv. e ment., 9 ott. ROSSI. « Sui nuclei meso- e rombo-encefalici ».

Gaz. d. Hôp. 9 ott. SÉZARY. « La cuti-reazione alla tubercolina nelle infezioni acute ».

La Presse Méd., 11 ott. HUGONNENQ. « Gli amino-acidi in biologia e in clinica ». — ROCHARD e STERN. « Appendicite claudicante o coxopatia? ».

Gaz. d. Hôp., 11 ott. « ORTIGONI e SARTORY. « Il colera ».

The Journal A. M. A., 11 ott. SATTERLEE e LEWALD. « La gastroptosi ». — BLANCHARD. « Le deformità ossee degl'immigranti europei e trattamento di esse ». — OTT. « Il trattamento non operativo delle tubercolosi articolari ».

Münch. Med. Woch., 14 ott. INGEBRIGTSEN. « Rigenerazione di cilindrassi in vitro ». — SELLHEIM « Nuove vie per la roentgenirradiazione dei tumori profondi ».

Zbl. f. Ther., ott. COLIN. « La cura moderna del cancro ».

Annals of Surgery, ott. MULLER. « Cura delle linfoadeniti cervicali tubercolari ». — NOLAND e WATRON. « Embolismo e trombosi dell'a. meseraica super. ». — HERTZ. « Cause e trattamento di certe sequele della gastro-enterestomia ». — WHITE. « Contrattura dello psoas parvus simulante l'appendicite ».

Ann. di Ostetr. e Ginec., IX. ALFIERI. « Torsione del peduncolo delle cisti parovariche ». — MIRTO. « Colera in gravidanza ». — CANTONI. « Sintesi dell'acido ippurico in gravidanza ed in puerperio ».

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc., ott. PAGNIEZ, LE SOURD e BEAUJARD. « Radioterapia dell'eritremia (morbo di Vaquez) ». — DELAGENIÈRE. « Pericardiolisi ».

L'Ig. Soc., 15 ott. CONSIGLIO. « La medicina sociale nell'esercito ».

Deut. Med. Woch., 16 ott. J. KOCH. « Le ricerche attuali sulla rabbia ». — RUNDSCHUH e ROEMER. « Il metodo Abderhalden in psichiatria ».

Rev. de Thér., 15 ott. BILLET. « Indicazioni dell'intervento nelle ferite del cranio da arma da fuoco ».

La Riv. Med. Pugliese, 15 ott. SERVEDIO. « Il medico e i disastri ferroviari ».

Le Journ. Méd. Français, 15 ott. Numero dedicato alle vaccinazioni antitifiche.

Gazz. Med. It., 16 ott. ANTONINI. « Pneumotorace artificiale ».

Ann. dell'Ist. Maragliano, III. GHEDINI. « La sierodiagnosi delle affezioni elmintiche ».

Americ. Med., ott. JACOBI. « Le diatesi ».

The Journal of Med. Res., ott. LAIRD, KITE e STEWART. « I bacilli tubercolari nelle feci ». — OPIE. « Trombosi ed occlusione dei linfatici ».

The Americ. Journ. of Med. Sciences. nov. LIBMAN. « Endocarditi subacute che divengono amicrobiche ». — SMITH, LYNCH e RIVAS. « La trasmissione della lebbra con le cimici ». — STETTEN e ROSENBLOOM. « Ipopituitarismo ».

Lo Sperimentale, V. FILIPPI. « Ricerche farmacologiche sopra il selenio e i suoi composti ». — SILVAN. « Singolare anomalia dell'arteria vertebrale ».

Rassegna di Studi psich., I. POLVANI. « Studio anatomico della glandola pineale ». — DANEO e FERRARI. « Ricerche emo citologiche e fisico-chimiche in scorbutici alienati ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp

Anno XX. Roma, 7 dicembre 1913 Fasc. 49

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

Direttori:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

☞ **Avvertiamo i Signori Abbonati che a giorni comincerà la spedizione del premio pel 1913 « COMPENDIO DI GINECOLOGIA MODERNA » (vedi a pag. 1793 e 1794).** *L'Amministrazione.*

LAVORI ORIGINALI

Sulla tecnica della intubazione per la narcosi secondo Auer e Meltzer

per il dott. Guido Egidi, aiuto chirurgo degli Ospedali di Roma.

Coloro che hanno usato nell'uomo o negli animali la narcosi per insufflazione intratracheale ne hanno vantato concordemente i pregi, tuttavia è già passato parecchio tempo dalle prime comunicazioni sull'argomento, senza che essa sia entrata nella pratica comune e, per quel che io so, le narcosi eseguite nell'uomo secondo il metodo di Auer e Meltzer si contano ancora sulle dita. Mi è parso che uno dei motivi che trattiene i chirurghi dall'applicarla su vasta scala dipenda dalla difficoltà che si incontra nell'eseguirla, essendo necessario disporre di apparecchi che possono sembrar complicati e ricorrere a speciali artifici.

Già in questo giornale e in altri in Roma vi sono stati autori che hanno illustrato il metodo di Auer e Meltzer e gli apparecchi necessari ad ottenere una corrente continua di aria carica di narcotico, sotto una pressione regolabile. Io stesso ebbi occasione di occuparmene e ritengo che sia ormai possibile a tutti, in qualunque ambiente, procurarsi con mezzi semplici un apparecchio per insufflazione continua; mi pare invece che abbia ancora importanza occuparsi dell'intubazione, la quale, pur essendo un'operazione facile,

richiede accorgimenti tecnici e preparazione in chi deve attuarla.

Le considerazioni che intendo riferire mi sono state suggerite dall'esperienza fatta nell'intubare gli adulti nelle condizioni richieste per la narcosi secondo Auer e Meltzer. A me era già da anni familiare l'intubazione, che avevo più volte eseguito per *croup* nei bambini, e mi pareva che tale operazione non dovesse presentar difficoltà; ma ho dovuto constatare che intubare degli adulti narcotizzati in una posizione non molto adatta e con tubi non rigidi è un operazione che, se non si usano speciali accorgimenti, può fallire.

Negli animali da esperimento di solito l'intubazione è facile. Gli animali che più frequentemente vengono sottoposti alla narcosi per insufflazione intratracheale sono i cani e i gatti. Questi hanno un'apertura orale così ampia che permette facilmente di raggiungere la glottide per introdurvi un tubo. Dopo che l'animale è stato addormentato con uno dei comuni metodi per inalazione, gli si apre la bocca quanto più si può, si tira in avanti la lingua e, se è necessario, si afferra e si tira in avanti con una pinza la piega glosso-epiglottica. Allora l'epiglottide diviene accessibile al dito e spesso anche alla vista; l'indice della mano sinistra raggiunge comodamente l'apertura glottidea e serve di guida per eseguire l'intubazione.

Nell'uomo le difficoltà che presenta l'intubazione variano secondo l'età del soggetto. In genere è più facile intubare i bambini che gli adulti, perchè la glottide si trova in questi ultimi a una distanza considerevole dall'apertura orale. Nei bambini invece è facile raggiungerla con un dito e servirsi di questo come guida per introdurvi un tubo. La ristrettezza del cavo orale dei bambini molto piccoli non rappresenta una seria difficoltà: infatti gli ostetrici si servono alcune volte dei tubi di Fehling per eseguire la respirazione artificiale nei neonati asfittici.

Anch'io, durante il mio servizio nella Maternità di S. Giovanni la ho eseguita più volte e una volta ho eseguito l'insufflazione continua unendo il tubo di Fehling, introdotto nella laringe, a un recipiente dal quale poteva fluire ossigeno a pressione moderata. In tale occasione ho potuto constatare che era possibile ossidare rapidamente il sangue di un neonato asfittico, senza che questi compiesse movimenti respiratori (1).

Nell'adulto la laringoscopia diretta e la laringoscopia fatta con lo specchietto facilitano certamente l'intubazione; però tanto l'uno, quanto l'altro procedimento richiedono mezzi speciali che in una sala per comuni operazioni sono ingombranti e spesso non sono nemmeno utilizzabili.

Per eseguire la laringoscopia diretta occorre deflettere fortemente il capo dell'infermo e inclinare in avanti la parte superiore della colonna dorsale, in modo che l'asse della laringe e della trachea, prolungato in alto, passi attraverso l'apertura orale. Se non si dà all'infermo la posizione voluta, l'asse laringo-tracheale prolungato va a incontrare il palato duro in vicinanza dei denti incisivi, così che questi nascondono l'immagine della glottide all'occhio dell'osservatore.

Il modo di dare al paziente la posizione adatta per la laringoscopia diretta è facilitato da speciali sostegni per le spalle e per la colonna cervicale; ma vi sono dei casi nei quali la posizione desiderata non si può ottenere o perchè la colonna vertebrale è anormalmente rigida oppure perchè condizioni patologiche speciali la rendono insopportabile.

Per eseguire la laringoscopia diretta occorrono inoltre delle speciali spatole (tipo Kirstein) e mezzi di illuminazione che non tutti i servizi ospitalieri possiedono.

La laringoscopia con lo specchietto è certamente meno incomoda per il malato; essa però

(1) Ne parlo, sebbene brevemente, perchè credo che sia un'osservazione rara. Si trattava di un bambino che aveva sofferto molto durante il parto e nel quale, malgrado ogni cura, non si era potuta stimolare la respirazione normale. Dopo circa un'ora di tentativi riusciti infruttuosi, poichè il cuore batteva ancora, eseguii l'intubazione e l'insufflazione continua di ossigeno. In pochi istanti il bambino, che era intensamente cianotico. divenne roseo; ma tuttavia i movimenti respiratori attivi non comparvero regolarmente. Si avevano uno o due respiri attivi ogni minuto, precisamente come avveniva prima dell'insufflazione. Nel timore che questa avesse turbato in via riflessa l'eccitabilità dei centri o che la decarbonizzazione eccessiva del sangue impedisse ai centri di entrare in funzione, privandoli di uno degli stimoli ai quali normalmente reagiscono, cessai d'insufflare ossigeno fino a che il bambino divenne nuovamente cianotico. Ma anche allora il respiro automatico non comparve. Ripetuta l'insufflazione, il bambino potè vivere ancora per circa due ore, poi il cuore cessò di battere.

richiede condizioni di illuminazione piuttosto complicate.

Occorre una lampada che mandi un fascio luminoso sullo specchio frontale dell'osservatore; il fascio luminoso deve essere riflesso da questo specchio allo specchietto laringeo e da questo riflesso ancora sulla glottide. È bene inoltre che l'ambiente nel quale si esegue la laringoscopia sia provvisto di luce proveniente solamente dalla lampada, affinchè la luce diffusa non diminuisca la chiarezza delle immagini guadagnate con la uce riflessa dagli specchi.

Tutte queste condizioni difficultano l'uso della laringoscopia diretta o indiretta nelle comuni sale operatorie, cosicchè mi è parso che non si dovesse far troppo assegnamento sull'uso di essa per eseguire la intubazione necessaria alla insufflazione intratracheale.

Se è vero che la maggior parte dei chirurghi, che hanno usato il metodo della insufflazione intratracheale, si sono serviti della laringoscopia diretta, bisogna riconoscere che la maggior parte di essi dispone di organizzazioni molto superiori a quelle delle quali noi disponiamo; per questa ragione mi è parso utile imparare a far l'intubazione senza mezzi speciali.

Le siringhe delle quali io mi sono servito sono di seta gommata o di caoutchouck nero semirigido con una apertura terminale e una o due aperture laterali (siringhe Patamia). Per guidare queste siringhe, che sono flessibili, occorre un mandrino che mi son fatto costruire di metallo di circa 2 mm. di diametro e temprato debolmente, in modo che, pur rimanendo relativamente elastico, conservi la curva che si crederà conveniente dargli. La curva che io do al mandrino è quella che hanno i tubi Scrhötter i quali, come è noto, sono semplicemente piegati a circa 10 cm. da un estremo, in modo che le due porzioni rettilinee del tubo formino tra loro un angolo di circa 60 gradi.

Tale curva permette di eseguire l'intubazione comodamente e, a mio parere, è la più adatta. Infatti non ho mai potuto apprezzare i vantaggi degli intubatori foggiati secondo curve complicate. Se in ogni caso fosse possibile deflettere fortemente il capo del paziente, l'intubatore più adatto sarebbe uno strumento rettilineo. Ma siccome ciò non è sempre possibile, la curva che è necessario dare all'intubatore è quella che approssimativamente corrisponde all' angolo che fanno l'asse della laringe con l'asse antero-posteriore della bocca. Nella posizione abituale che si dà agli intubandi tale angolo è quasi uguale all'angolo retto e può, in alcuni casi, acquistare un'apertura maggiore, perchè, quando la base della lingua viene depressa dal dito esploratore, l'apice dell'angolo formato dal pavimento orale con l'asse della laringe si sposta e l'angolo diviene ottuso.

Poichè al mio mandrino si può cambiare la curva quando si voglia, mi pare che convenga allontanarsi dalla curva dei tubi di Schrötter solo quando si cambi la posizione che si dà al capo dell'infermo: se il capo è molto deflesso, occorre diminuire la curva, se il capo è molto flesso, la curva deve essere aumentata fino quasi a raggiungere l'angolo retto.

La lunghezza del mandrino è di cm. 40; introdotto nella siringa, lo si adatta in modo che il suo estremo giunga a livello dell'estremo della siringa o meglio rimanga qualche millimetro in dietro.

In tal modo si ha la certezza che la punta del mandrino non venga mai a contatto della mucosa laringea o tracheale.

Per evitare che possano avvenire lesioni, nel caso che la siringa spostandosi accidentalmente in dietro lasciasse sporgere l'estremo del mandrino, la punta di questo è stata munita di un bottoncino e si è fornito il mandrino di un semplice dispositivo che serve da arresto alla siringa. Questo dispositivo è costituito da un cilindretto metallico nel quale s'introduce l'estremità posteriore del mandrino; il cilindretto, che può essere fissato per mezzo di una vite in un punto qualsiasi del mandrino, sostiene un'ansa metallica lunga e volta in avanti, la quale impedisce in modo assoluto che la siringa possa scorrere in dietro. L'ansa inoltre serve a fissare comodamente nella mano la siringa e il mandrino.

Il diametro del cilindro è inferiore a quello del lume della siringa, cosicchè non può occluderlo; d'altra parte la siringa non puo scavalcare il cilindro, perchè esso è sormontato dall'ansa, volta in avanti, che serve da manico.

In questo modo il lume della siringa rimane sempre aperto e si ha il vantaggio di essere orientati sulla riuscita dell'intubazione, infatti, appena il tubo è giunto nella laringe, l'aria che passa attraverso di esso produce un rumore caratteristico, che mancherebbe se il tubo fosse occluso.

L'infermo che deve essere sottoposto alla insufflazione intratracheale deve prima essere narcotizzato con uno dei soliti metodi per inalazione. Ottenuta la narcosi, si esegue la intubazione e, se questa verràe seguita direttamente sulla guida del dito, il paziente verrà lasciato nella posizione più adatta alla narcosi, cioè in decubito dorsale, su un letto privo di cuscini.

Io ho più volte osservato che la posizione, che più facilmente permette di raggiungere col dito indice la glottide, non è quella a capo fortemente deflesso. La forte deflessione del capo facilita l'introduzione del tubo nella laringe, perchè abolisce la curva che l'asse della cavità orale fa con l'asse della laringe, ma allontana la glottide dalle arcate dentarie di tanto che spesso, negli adulti, non è più possibile raggiungerla.

Per convincersi di questo fatto basta fare delle osservazioni su sè stessi. Quando il capo è fortemente deflesso e la bocca aperta la distanza tra la sinfisi del mento e la forchetta dello sterno è molto maggiore di quanto lo sia se il capo è in atteggiamento normale; mentre nelle due posizioni la situazione della laringe varia poco. In questo fatto si ha già una prima ragione per preferire l'atteggiamento normale del capo a quello di deflessione; ma ve n'è ancora un altro, sul quale voglio insistere, perchè effettivamente lo ho trovato di grande importanza pratica.

Quando il capo è in forte flessione in dietro, i muscoli anteriori del collo sono tesi e la laringe si trova quasi immobilizzata per la tensione dei muscoli sterno-ioidei, sterno-tiroidei e omo-iodei da una parte; e dei genio-ioidei, milo-ioidei, ioglossi, stilo-ioidei, digastrici dall'altra. In questa posizione del capo le escursioni che si possono far compiere passivamente alla laringe sono quasi nulle. Quando invece il capo è flesso o in estensione normale, i muscoli sono completamente rilasciati e è possibile imprimere alla laringe ampi movimenti verso i lati, come in basso e in alto. Io ho più volte provato che laringi quasi inaccessibili col dito dalla bocca, venivano molto distintamente palpate, se, durante la narcosi, si aveva cura di far afferrare la laringe dalle dita di un assistente e di farla spingere in alto. Questa manovra è semplice e quanto mai facile, specialmente negli adulti, tra i quali di solito, occorre di incontrare laringi difficilmente raggiungibili col dito.

Credo che la difficoltà maggiore che s'incontra nell'eseguire l'intubazione negli adulti si debba ricercare nella posizione inadatta che si dà ai pazienti e nelle variazioni di situazione che la laringe subisce negli individui che hanno i muscoli rilasciati per cagione della narcosi.

Infatti, se ci poniamo dinanzi ad un individuo seduto; nella bocca del quale ampiamente aperta introduciamo un dito per andare alla ricerca dell'epiglottide e della glottide, la ricerca non fallisce quasi mai. L'infermo, per lo stimolo del dito ha conati di vomito e compie poi dei movimenti di deglutizione, durante i quali la laringe viene spontaneamente a urtare contro la punta del dito esploratore. Ma se facciamo la stessa prova in un individuo narcotizzato, del quale riusciamo a stento a raggiungere l'epiglottide, accade spesso che la stessa pressione esercitata dal nostro dito sulla base della lingua si trasmette allo ioide e alla laringe, in modo che quanto più noi spingiamo, per avvicinarci all'epiglottide tanto maggiormente essa ci si allontana.

In questi casi occorre non esercitare col dito esploratore alcuna pressione, fino a che la laringe non sia stata immobilizzata e spinta in alto dalle dita di un assistente.

Queste difficoltà non s'incontrano che in individui adulti con scheletro facciale molto voluminoso; in questi casi anche lo scheletro laringeo è robusto e sporgente, cosicchè è facile afferrarlo per dargli la posizione voluta.

Una volta che sia stata raggiunta dal dito l'apertura superiore della laringe, l'intubazione viene eseguita facilmente. Come nell'intubazione che si pratica comunemente nei bambini, il dito esploratore è l'indice della mano sinistra. La punta di questo dito riconosce l'epiglottide e, premendo sulla sua superficie posteriore, la reclina sulla base della lingua. Quando l'epiglottide è stata immobilizzata, la glottide rimane aperta, perciò il tubo armato di mandrino, seguendo il

dito indice fino all'estremo, verrà a trovarsi nelle vicinanze immediate della glottide. Perchè vi entri, basta che lo si faccia progredire, mantenendo la punta dello strumento sulla linea mediana.

Appena il tubo è entrato nella laringe ne siamo avvertiti dal sibilo che fa l'aria passando attraverso di esso; inoltre la situazione del tubo può essere controllata dal dito Quando si è avuta la certezza che il tubo è nella laringe, lo si fa progredire tanto quanto è possibile, data la curva del mandrino; infine il mandrino viene estratto e il tubo si fa progredire da solo nella trachea fino al punto voluto. Questo punto è situato due o tre centimetri al disopra della biforcazione bronchiale. Per riconoscerlo possiamo servirci di calcoli approssimativi sulla lunghezza della trachea, della laringe e della distanza tra la laringe e le arcate dentarie; oppure possiamo spingere il tubo fino a che urti sullo spigolo che separa i due bronchi alla loro origine e ritrarlo poi nella misura stabilita.

SUNTI E RASSEGNE

FISIOPATOLOGIA.

Le funzioni della glandola pineale.

(DANA e W. BERKELEY. *Medical Record*, 10 maggio 1913).

Ancora oggi la glandola pineale è una delle parti del cervello le cui funzioni sono poco conosciute. Anche per questa, come per tutte le glandole endocrine, la patologia ha servito di guida alla fisiologia. Essa ha mostrato come certi tumori della glandola pineale, che in genere si osservano nei fanciulli, si manifestino, all'infuori dei sintomi comuni a tutti i tumori cerebrali (cefalalgia, vomiti, vertigini, nevrite dell'ottico) e di certi sintomi dovuti a compressione delle zone circostanti (apatia per idrocefalia dovuta alla compressione dell'acquedotto di Silvio, nistagmo e paralisi oculari per compressione dei corpi quadrigemini, atassia ed asinergia per compressione dei peduncoli cerebellari anteriori), sotto forma di una sindrome speciale costituita da obesità con precocità dello sviluppo fisico (specialmente sessuale) e psichica anormale (macrogenitosomia). Su 57 casi, 13 riguardavano dei ragazzi dai 13 anni in giù. Si trattava di epiteliomi, gliomi, psammosarcomi, teratomi.

Tali i dati clinici che han servito di punto di partenza per le ricerche dei fisiologi, i quali si sono riferiti alla filogenesi, oppure si son serviti di diversi metodi sperimentali: stimolazione od ablazione della glandola, iniezione od ingestione degli estratti della medesima.

Patten considera la glandola pineale come il residuo di un antico organo della vista: l'occhio parietale, che funziona negli ultimi invertebrati ed i primi vertebrati. Ma nell'uomo essa non conserva più alcuna struttura di un organo di senso, ma è nettamente un organo glandolare.

Secondo Minot, nel liquido cefalo-rachidiano secreto dai plessi coroidei, la glandola pineale versa alcune speciali sostanze chimiche.

De Cyon, sottoponendo a lievi stimoli elettrici la glandola pineale dei conigli, l'ha vista contrarsi e retrarsi. Secondo alcuni autori, questa retrazione regolando l'afflusso del liquido cefalo-rachidiano nel terzo ventricolo e viceversa attraverso l'acquedotto di Silvio, regolerebbe automaticamente la pressione del liquido dentro questo ventricolo. Questa regolazione forse sarebbe dovuta all'ipofisi, poichè ogni aumento di pressione nel terzo ventricolo la ecciterebbe per mezzo dell'infundibolo.

In favore di quest'azione puramente meccanica, De Cyon ricorda che Nicolas ed altri hanno descritto delle fibre muscolari nella glandola pineale di alcuni mammiferi.

Ma queste fibre mancano nell'uomo; e poi la sua struttura glandolare non permette di attribuire ad essa funzioni puramente meccaniche.

In seguito ad iniezioni di estratto di glandola pineale di bue o di montone nei conigli, de Cyon ha osservato che le piccole dosi accelerano i moti del cuore, e le dosi più alte li rinforzano e li rallentano, e a volte li rendono irregolari (polso trigemino). Per de Cyon, la glandola pineale non ha un'influenza molto apprezzabile sulla pressione arteriosa I glicerofosfati di sodio e di calcio avrebbero azione analoga: ora queste sostanze si trovano in proporzioni molto elevate, anche sotto forma di piccole concrezioni, nella glandola pineale, la quale forse ha la funzione di immagazzinarle.

Invece per Dixon e Halliburton, le iniezioni endovenose di estratto pineale abbassano la tensione arteriosa.

Secondo Eyster e Iordan, l'iniezione endovenosa di estratto acquoso di glandola pineale di montone abbassa la pressione arteriosa più del-

l'estratto di altre porzioni di cervello. La caduta della pressione è accompagnata da vaso-dilatazione intestinale. Non essendovi modificazioni importanti nel numero delle pulsazioni, nè azione speciale sul cuore isolato, è da pensare che questa vaso-dilatazione sia la sola causa dell'ipotensione. L'estratto acquoso acidulato, iniettato per le vene nel coniglio, produce diuresi moderata e transitoria.

Secondo Ott, abbassa dapprima la pressione, poi la eleva; stimola le contrazioni intestinali ed uterine; e produce glicosuria nel coniglio; stimola ugualmente la diuresi ed aumenta il volume del rene per vaso-dilatazione.

Exner e Böse hanno estirpato la glandola pineale a 95 giovani conigli, dei quali i tre quarti sono morti nelle prime dodici ore, e 22 ne sono sopravvissuti. Diciassette di questi ultimi avevano subito l'ablazione totale. Ma soltanto sei ne sono vissuti fino al periodo della maturità sessuale; gli altri sono morti per affezioni intercorrenti.

Gli autori non hanno potuto notare alcuna influenza apprezzabile dell'operazione nè sul peso, nè sullo sviluppo sessuale.

Berkeley ha studiato su due cani l'azione dell'estratto pineale sulla pressione sanguigua. L'uno ha ricevuto per via endovenosa una soluzione concentrata del nucleoproteide estratto da trenta glandole di vitella, e poi due oncie della globulina contenuta nelle stesse glandole; il secondo ha ricevuto la soluzione salina concentrata di ventiquattro glandole pineali di giovane bue. Tutte queste ricerche sono rimaste negative.

In conclusione, l'azione di queste iniezioni endovenose sulla pressione arteriosa è dubbia o, almeno, è leggiera.

Ma con questo metodo si tratta di un'azione rapida e fugace. Risultati più importanti si potevano attendere dall'ablazione della glandola.

Berkeley è riuscito a distruggere la glandola pineale in giovani conigli, ma nessuno di essi è sopravvissuto per due settimane, quanto occorre per potere avere un risultato qualsiasi.

L'ablazione della glandola dunque non ha dato finora gl'insegnamenti sperati. Invece l'ingestione di estratti sia negli animali che nell'uomo sembra abbia fornito risultati incoraggianti a Dana e Berkeley.

Questi autori hanno dapprima studiato in due fanciulli da 4 ad 8 anni l'influenza dell'ingestione di estratto pineale sull'eliminazione di azoto. Questa determinazione è stata fatta per un periodo di tre settimane; nel corso della seconda, i fanciulli hanno preso, oltre la loro alimentazione ordinaria, tre capsule d'estratto pineale.

Nella fanciulla di 8 anni si è avuto un lieve aumento di peso, e nel fanciullo di 4 anni un forte aumento della eliminazione dell'azoto durante la seconda settimana. Il fatto è notevole; ma le esperienze sono troppo poco numerose da poter permettere di trarre una conclusione.

Un'altra serie di esperienze è stata fatta sugli animali.

Parecchi piccoli gatti sono stati nutriti con glandola pineale di vitella (una glandola fresca al giorno per ogni animale), mentre altri gatti servivano da controllo. I primi hanno subito superato i secondi nello sviluppo, nell'attività ed intelligenza. Gli stessi fenomeni sono stati osservati in quattro giovani conigli ed in cinque giovani cavie sempre per effetto della ingestione di glandola pineale. Gli stessi risultati hanno dato in cinque giovani cavie le iniezioni intraperitoneali di una soluzione di nucleoproteidi estratti dalla glandola pineale di vitello

Dunque negli animali giovani la glandola pineale pare eserciti un'influenza stimolante sullo sviluppo fisico.

Le esperienze sull'uomo sono state fatte da Berkeley, poi da Cornell e Goddard in fanciulli in istato d'arresto di sviluppo, di tipo e grado diversi. A 42 fanciulli è stata somministrata ogni giorno per più mesi una capsula di glandola pineale di bue giovane (40 capsule contengono 12 glandole). Dai risultati delle sue 21 osservazioni, Berkeley conclude che in certi casi di ritardo sullo sviluppo fisico ed intellettuale, la glandola pineale può essere un medicamento molto utile. Berkeley tende ad ammettere nell'età infantile la possibilità di una deficienza mentale specifica che si può qualificare col nome ipopinealismo, e riferisce un caso dimostrativo in favore di quest'opinione.

Cornell e Goddard hanno fatto altre esperienze durante 4 mesi in 21 fanciulli; altri fanciulli venivano tenuti nelle stesse condizioni come controlli, ma senza prendere il tessuto di glandola pineale. Nella valutazione dei risultati ottenuti, gli autori distinguono lo stato intellettuale dal fisico.

Dal punto di vista intellettuale, 7 fanciulli non hanno guadagnato nulla dalla cura, 14 sono migliorati. Secondo la prova di Binet, il guadagno medio è stato di 3.35 punti.

Dei 14 controlli, 5 non hanno migliorato affatto, 9 hanno guadagnato in media 2.11 punti. I risultati sono pure favorevoli alla cura di glandola pineale.

Dal punto di vista fisico, i risultati furono perfettamente inversi: il guadagno medio in peso, forza muscolare, capacità pulmonare ed altezza fu sensibilmente maggiore nei controlli.

Vi ha dunque contrasto netto fra l'influenza sullo sviluppo intellettuale e l'influenza sullo sviluppo fisico. Berkeley suppone che quanto più le riserve di energie di un soggetto sono spese a profitto dello sviluppo intellettuale, tanto meno ne resteranno per lo sviluppo fisico. Ed emette l'ipotesi che la secrezione della glandola pineale agisce come un fermento che facilita gli scambi nutritivi nelle cellule cerebrali.

Queste ipotesi sono premature; prima di interpretare i risultati ottenuti, bisognerebbe controllarli con altre e più numerose esperienze. I risultati di Cornell e Goddard nei fanciulli sono in contraddizione con quelli ottenuti da Berkley nei giovani animali. Si può dire soltanto che le esperienze fatte finora incoraggiano a nuove ricerche per la soluzione di un problema interessante.

P. S.

La tonsilla linguale nell'uomo sano e nel malato.

JOHN H. JOHNSON. *Journ. of Ophthalmology and Oto-laryngology.*

Col nome di regione dell'amigdala linguale vanno intese le sezioni inferiori del grande anello linfatico descritto da Waldeyer, completato lateralmente da quell'insieme di follicoli chiusi che si trovano accanto allo sbocco della tuba eustachiana (*tonsilla tubarica* di Gerlach) e dalle tonsille palatine, in alto dalla tonsilla faringea; detta regione corrisponde esattamente a quella porzione dorsale della lingua che va dalle papille circumvallate all'epiglottide.

Dal punto di vista anatomico e funzionale, la tonsilla linguale non differisce dalle altre masse linfoidi delle fauci. La patologia di detta regione in confronto alla patologia linguale ha questo di caratteristico, che nelle modalità di estrinsecazione oltre a partecipare di questa in massima parte, offre varietà che ne differenziano o perchè le sono esclusive o perchè rientrano nelle affezioni delle tonsille in genere; onde ne risulta più complessa e più varia.

Dobbiamo quindi distinguere:

a) malattie comuni al rimanente della lingua (cancro, sarcoma; più frequenti il lipoma e il fibroma, più rari i fibromiomi e gli angiomi; fra le flogosi, rare la tubercolosi e la sifilide, meno la lepra e specialmente l'actinomicosi);

b) affezioni esclusive di detta regione, ad esempio gli strumi linguali, per persistenza del *dotto tireoglosso*, almeno nelle sue sezioni superiori (*canale di Bochdalek*), le cisti congenite;

c) lesioni comuni agli altri distretti tonsillari, come i linfomi e le ipertrofie.

Queste ultime nella tonsilla linguale hanno un decorso eminentemente cronico, con esacerbazioni intercorrenti a carattere acuto: sono frequenti nella età media (secondo Oppenheimer nel 20 per cento dei casi si tratta di individui fra 30 e 40 anni; l'iperplasia della tonsilla associata a varici si avrebbe di solito fra 25 e 40 anni; per Clark fra 19 e 35); sono state tuttavia vedute anche nei fanciulli, specie scrofolosi o eredoluetici (Ruault, Mc Bride).

I sintomi delle lesioni della tonsilla linguale possono distinguersi in locali e riflessi e possono venire enunciati nei seguenti: tosse, sensazione di corpo estraneo nelle fauci, parestesie, mutamenti della voce, emorragie, disturbi respiratori.

Johnson si sofferma a considerare questi diversi segni e conclude che le tonsille linguali, ricche di glandole, lubrificano la superficie della base della lingua. Esse formano dei linfociti, onde in condizioni normali riescono ad esercitare una importante opera di protezione.

Numerosi fattori, d'ordine fisico-chimico (raffreddamenti, bevande e cibi irritanti, ecc.) o infettivo, suscitano stati morbosi a carico di queste tonsille, le quali partecipano pure anche alle più semplici affezioni della gola.

Fra le sorgenti estrapolmonari di tosse, lo spazio glosso-epiglottico è senza dubbio quello che vi contribuisce con maggiore frequenza; quindi se questa porzione del tratto respiratorio non è esaminata accuratamente in ogni caso di tosse ostinata, si può andare incontro a gravi errori di diagnosi.

Numerosi riflessi risultano dalle tonsille linguali malate e dalle loro varici, che debbono venire curate con trattamento adeguato (asportazione, cauterizzazione).

Da quanto si è esposto si vede come le tonsille linguali possano non di rado andare soggette a svariate lesioni e tramutarsi così da organi di difesa in elemento di malattia e di disturbo per l'organismo: quando ciò accada si dovranno asportare radicalmente.

G. BILANCIONI.

CHIRURGIA.

L'esclusione del duodeno nella cura dell'ulcera sottopilorica.

(VAUTRIN. *Revue de chirurgie*).

L'A. considera l'ulcera duodenale come una lesione provocata sulla mucosa dell'intestino dall'iperacidità del succo gastrico. L'ulcerazione apparirebbe o per l'azione diretta corrosiva del succo gastrico, o perchè la neutralizzazione di questo liquido da parte delle secrezioni biliare, pancreatica ed intestinale non si compie in condizioni soddisfacenti, il che spiega la sede assai frequente dell'ulcera nella prima porzione del duodeno, e sulla sua faccia anteriore, in una regione, in cui il flusso alcalino arriva più difficilmente, e dove in ogni caso si produce più tardivamente.

L'ulcera duodenale sarebbe un'*ulcera peptica*, così come quella che si verifica dopo la gastro-enterostomia sulla branca discendente dell'Y di Roux. Quindi sopprimendo la causa produttrice dell'ulcerazione, la si potrà guarire. Se si toglierà perciò l'ipercloridria con un regime alimentare appropriato, e con l'uso di alcalini, si preparerà la cicatrizzazione dell'ulcera duodenale — cura questa che deve essere prolungata per vario tempo se si vogliono ottenere risultati duraturi; anche quando vi siano emorragie intestinali ripetute.

Sono tutti di accordo nel ritenere applicabile la sola cura medica nelle diverse forme dell'ulcera duodenale ad evoluzione acuta, cioè contro l'ulcera tossica o tosso-infettiva, contro quella che dipende dall'uremia, dall'insufficienza urinaria, dalla setticemia, contro l'*ulcus neonatorum*, ed anche contro quella che segue ad interventi addominali. In tutte queste forme un intervento chirurgico sarebbe temerario ed anche insensato, per lo stato generale del malato, e per le numerose perdite di sostanza della mucosa. Quindi la cura medica contro ciascuna delle singole malattie sopra ricordate.

Contro l'ulcera subacuta e cronica cambia la terapia. È vero che nelle forme subacute, la cura deve essere in linea generale esclusivamente medica. Se nel corso di una crisi di ipercloridria, compaiono dei sintomi di ulcerazione, la cosa migliore e più semplice si è di stabilire una cura medica che darà spesso un eccellente risultato e non di fare una gastroenterostomia. Se però gli alcalini od il regime restano nulli, le complicazioni permangono, ed i fenomeni dispeptici e dolorosi sono tenaci, senza por tempo in mezzo si dovrà intervenire.

L'*ulcera cronica*, a bordi duri, talvolta callosi, a fondo anfrattuoso, generatore di perforazioni e di emorragie brusche costituisce una lesione essenzialmente dannosa, contro la quale non si ammettono mezzi dilatorii. Si deve operare.

Quali saranno i processi operatorii?

Moynihan, e tutti i chirurgi inglesi ed americani, applicano indistintamente la gastro-enterostomia. Per l'A. però questa operazione non è sempre giusta, nè sempre salva la situazione. Fin dall'agosto 1910, preconizzava due operazioni, sole logicamente capaci di guarire l'ulcera: la resezione e la esclusione del duodeno. La prima è applicabile ad un numero ristretto di casi, la seconda sarebbe destinata a soppiantare la gastro-enterostomia, a completarla se si vuole.

L'A. si fonda sulla semplice logica dei fatti, sul sano apprezzamento clinico e fisiologico donde devono discendere tutte le nostre determinazioni. Dopo il Congresso chirurgico del 1910, l'esclusione del duodeno è stata rimessa in vigore da varii chirurgi: così in Francia se ne facevano fautori Delagenière e Quénu, e nel 1911 in Italia Biondi, Bastianelli e Schiassi; viene quindi un lavoro completo ed esauriente sull'argomento di Leriche e Bressot nel *Lyon chirurgical*.

Quali sono gli interventi che permettono di sopprimere il passaggio dei succhi iperacidi nella regione duodenale? Solo l'esclusione del duodeno; la gastro-enterostomia anche larga, a sospensione verticale, a orificio molto declive, è una operazione incapace di evitare per intiero la via gastro-duodenale, quando non coesista una stenosi pilorica. Gli studi sperimentali di Kelling, Legget e Maury, Bréchot, Delbet, le radioscopie ripetute dimostrano colla maggiore evidenza che la bocca anastomotica del digiuno su uno stomaco con stenosi larga, con spasmo pilorico o con ulcera è destinata ad una funzione precaria ed imperfetta; nelle condizioni più favorevoli svia in parte il contenuto gastrico dal piloro, ma a poco a poco il *neo-piloro* si restringe e può persino obliterarsi.

Quando un'ulcera sottopilorica ha resistito alla cura medica e ad una dietetica severa, il solo mezzo per assicurarne la guarigione è di sottrarla totalmente, e non incompletamente alla azione corrosiva del succo gastrico. Si dimostra insufficiente la gastro-enterostomia semplice, specie quando vi siano i pericoli di perforazione, o di emorragie, o queste sieno in atto; vi sono però dei casi nei quali questa operazione dà i migliori risultati, e sono quelli nei quali attorno all'ulcera duodenale si è lentamente stabilito un processo di infiltrazione infiammatoria, un ispessimento delle pareti intestinali, ed una stenosi con periduodenite essu-

dativa cosicchè il duodeno si trova stenosato, ispessito e deviato nel suo lume sinuoso e poco permeabile ai liquidi gastrici. Negli altri casi si ricorra all'esclusione del duodeno, per il quale intervento l'A. ritiene migliore fra tutti il metodo sperimento da Chauvel, e leggermente modificato da Eiselsberg, Körte, Ionnesco, Quénu, e da lui medesimo: in un primo tempo si determina la sede e l'estensione dell'ulcera, e, ad una distanza di due centimetri circa al di sopra della lesione si fissa la zona dove deve avvenire la separazione. Si legherà la a. pilorica, la coronaria, ed anche il tronco della gastro-epiploica. Tra due pinze abbastanza lontane l'una dall'altra, e su una pezza, che si è posta nella breccia creata tra i due epiploon, si fa la sezione netta col bistouri e si puliscono ben bene gli estremi che si ricoprono con tamponi imbibiti di siero. Ciascuno degli estremi è quindi suturato su tre piani. L'uno al catgut affronta con un sopraggitto i tre strati della parete, gli altri due eseguiti alla Lembert addossano i piani siero-muscolari sopra al precedente. Non occorre preoccuparsi delle brecce epiploiche, ma è prudente lasciare fra i due monconi un drenaggio che arrivi all'*hiatus* di Winslow, e che si lascia due o tre gorni *in situ*. Dopo un tale intervento la gastro-enterostomia, che si è fatta precedere o che si fa seguire non viene ad essere aggravata. Questa gastro-enterostomia dovrà essere larga, declive ad impianto verticale, od obliquo, fatta con il processo di Von Hacker.

Occorre ottenere il riposo del duodeno, la cessazione delle funzioni di questo tratto di intestino alterato, colla soppressione del contatto dei liquidi iperacidi e con la cicatrizzazione della ulcerazione: il suddetto processo assicura un tale risultato indubbiamente.

È specialmente sull'accidente *emorragia,* che l'esclusione deve manifestare la sua azione curativa e salutare, non bisogna però ritenere che abbia un valore emostatico assoluto poichè tutto dipende dalla sede dell'ulcera, in rapporto alle arterie legate, che sono la pilorica, la coronaria, la gastro-duodenale e la gastro-epiploica. Se l'ulcera è molto bassa, al disotto del piloro e sul versante pancreatico, dove *serpeggiano* le arcate arteriose duodeno-pancreatiche, l'emostasi è impossibile anche con la legatura del tronco gastro-duodenale, perchè il sangue è portato a piena corrente dall'arteria pancreatico-duodenale inferiore, branca della mesenterica superiore. Di fronte ad un'emorragia incoercibile, quando occorra agire presto, l'esclusione è ancora accettabile; si potrà preferire in questi casi la duodenotomia con escissione dell'ulcera, e duodenoplastica consecutiva o la resezione duodenale, ma per realizzare questa terapia ideale (di ogni forma di ulcera duodenale) occorrono circostanze eccezionalmente favorevoli, ed un soggetto resistente.

L'escissione sola è un processo applicabile quando la lesione si presenta sulla faccia anteriore della prima porzione del duodeno, con il suo aspetto caratteristico, bordi ben netti e visibili tra tessuti sani, con perdita di sostanza piccola e senza tendenza ad estendersi. La ulcera deve anche essere solitaria, condizione essenziale della cui esistenza non si è mai ben sicuri. Dopo incisione longitudinale sull'ulcera stessa si escide sui bordi della ferita tutta la zona malata, quindi si puliranno trasversalmente i bordi di questa breccia losangica con due o tre piani di sutura. In tal modo non viene a restringersi il lume duodenale.

L'escissione combinata con la gastro-enterostomia non ha indicazioni manifeste, nè vantaggi sull'esclusione con la gastro-enterostomia.

La *resezione duodenale* applicata all'ulcera è un intervento serio che vuole un malato molto resistente ed un chirurgo con qualità speciali ed esperienza grande, si può fare quando le lesioni duodenali sono poco estese, non vi sono aderenze nè periduodenite. È una operazione di eccezione che realizza l'esclusione e si completa con una gastro-enterostomia. Sarebbe l'operazione ideale ma le sue indicazioni sono molto ristrette, e le controindicazioni molto numerose. G. QUARTA.

Le imperforazioni anali.

(KIRMISSON. *Journal des praticiens*).

Come per altre malformazioni è l'embriologia che dà ragione delle imperforazioni anali, poichè retto ed ano sono formazioni isolate, indipendenti, ed il retto comunica con le vie genito-urinarie dalle quali viene poi separato dallo sperone cloacale. Da ciò forme diverse di ano imperforato.

Dalla forma più semplice dove non esiste che una membranella sottile traverso cui transpare la colorazione bruno-verdastra del meconio, si passa alla forma in cui l'estremità ano-rettale è separata dalla pelle per un certo spessore di tessuti, i quali permettono tuttavia che il perineo s'abbassi a forma convessa durante le grida e gli sforzi del bambino; per giungere alla forma più grave in cui il perineo è retratto, incavato e non è permesso quasi il passaggio delle dita fra le tuberosità ischiatiche.

In una seconda categoria ano e retto sono ben conformati ma non comunicano, oppure comunicano per un passaggio ristrettissimo, indice generalmente di una atresia filiforme del grosso intestino e talora del tenue di prognosi infausta.

In una terza categoria il retto si apre nella cute (a livello dello scroto, alla faccia inferiore della verga, ecc.) o in organi vicini: vie urinarie (vescica, uretra) nei maschi, casi sempre gravissimi; vie genitali (specie vagina e vulva) nelle femmine, casi ora lievi d'importanza tanto da passare talvolta lungo tempo inosservati, ora gravi per accidenti da ritenzione fecale dovuta a insufficiente ampiezza dell'orificio.

La *diagnosi* della malformazione è quasi sempre facile al medico accorto: soccorrono talora l'esame delle urine e i fenomeni da occlusione.

Riguardo al *trattamento operativo* l'A. insiste molto su *ciò che non si deve fare* e che è appunto ciò che finora si è fatto: la puntura cioè con un trequarti e l'incisione col bistori (emorragia, apertura del peritoneo, retrazione cicatriziale, ecc.).

L'A. consiglia il seguente processo: Collocare il bambino sul dorso, a gambe flesse e divaricate, a sponda di tavolo. Se maschio introdurre per l'uretra un cateterino per sorvegliare la vescica. Poche gocce di cloroformio: incisione cutanea lungo la linea mediana da circa due centimetri dietro lo scroto prolungando verso il coccige. Sospendere il cloroformio affinchè le grida e gli sforzi del bambino favoriscano, occorrendo, la messa allo scoperto dell'ampolla rettale. Nei casi più difficili può occorrere escidere la punta del coccige. Raggiunta l'ampolla, traversarla con due fili in croce per esteriorizzarla, incidere con un bistori e suturare i lembi alla pelle curando l'esatta sutura della cute alla mucosa ad evitare poi una retrazione del tessuto congiuntivo e il ritorno di fenomeni d'occlusione.

Quando non si trovi l'ampolla è consentito aprire il peritoneo, ed in caso di assenza praticare un ano iliaco. Anche dopo molti anni è possibile sopprimere l'ano artificiale e ristabilire una anastomosi fra intestino ed ano normale.

GIUSEPPE GIORDANO

MALATTIE VENEREE.

La cura specifica della gonorrea.

(SCHMITT. *Medizinische Klinik*, 1913, n. 31-32).

I tentativi di una immunizzazione passiva od attiva per le complicazioni della gonorrea hanno un fondamento scientifico, essendosi riusciti a dimostrare nel sangue di questi infermi la presenza di sostanze fissatrici del complemento. Questi studi peraltro hanno dato poco lume sulla natura, ancora incerta, di tali sostanze e sulla possibilità di ottenere un'azione immunizzante forse in parte legata alle sostanze stesse. L'autore non potendo per i limiti consentiti al suo lavoro, entrare in considerazioni teoriche, tanto più poi che per la pratica applicazione della vaccinoterapia basta tenersi ai fondamentali principi dell'immunizzazione attiva, entra senz'altro in argomento.

L'immunizzazione passiva è stata tentata sopratutto dai medici americani, i quali però non hanno ottenuto fino ad ora risultati incoraggianti, così che questi tentativi vengono ormai sempre più abbandonati. L'immunizzazione attiva invece ha dato migliori risultati. La preparazione del relativo vaccino si fa in generale nel modo seguente:

Culture pure di gonococco, vecchie da dodici ore fino a più giorni, vengono mescolate ed agitate con soluzione fisiologica di sale da cucina, eventualmente uccise a 60°.

Accertato il loro contenuto batterico, vi si aggiunge acido fenico ½ % (od altra sostanza analoga, in proporzione adatta) quindi se ne esperimenta la sterilità.

Vi è differenza fra il *vaccino autogeno* (derivante cioè dallo stesso infermo sul quale si vuole adoperare) e quello *eterogeno*, ottenuto cioè da altri infermi, e che per lo più è polivalente, cioè preparato con gonococchi di origine diversa.

I vaccini del commercio sono di regola polivalenti: di essi si conoscono dodici qualità fra cui sei in Germania. L'A. ricorda l'*arthigon* preparato da Bruck (20 milioni di gonococchi per cmc.), quello del Wright (5 milioni di gonococchi p. cmc.), quelli del Reiter (A-10) 50-100 milioni di gonococchi p. cmc.

Il modo d'impiegare l'*arthigon* è il seguente. Le iniezioni vanno fatte con una siringa del Pravaz, sterilizzata, nei muscoli glutei. Si comincia con 0.5 cmc. Se la temperatura s'innalza, si attende per due o tre giorni e poi si ripete la stessa dose. Se la reazione è scarsa, si lasciano passare pure due o tre giorni e poi s'inietta 1 cmc. Se infine dopo la prima iniezione non si ha aumento di sorta nella temperatura, già dopo 2 giorni si può iniettare una maggior dose e si continua così nelle proporzioni seguenti: 0.5-1.0-1.5-2.0. Dosi maggiori di 2 cmc. si adoperano soltanto in casi eccezionali. Ultimamente Bruck e Sommer iniettarono il vaccino, per altro in dosi minime, entro le vene.

I vaccini Wright-Reiter si adoperano nel modo seguente: iniezioni alle spalle, sul petto, sul dorso, sull'addome, sotto la cute, sollevata in plica e disinfettata con un po' di ovatta imbevuta di

soluzione concentrata di lisolo. Nel ritirare l'ago si allontani accuratamente dalla cute, mercè dell'ovatta asciutta, ogni traccia di lisolo. S'incomincia da 0.1 fino a 0.2 cmc., aumentando, con l'intervallo di cinque ad otto giorni, ogni volta di 0.1. 0.2 cmc. fino alla dose massima di 1.0 fino a 2.0 cmc.

La differenza nelle dosi e nella durata degli intervalli fra le iniezioni dei diversi vaccini è in rapporto alla differenza delle vedute teoriche dei vari autori e in parte alla differenza di virulenza dei gonococchi adoperati per il vaccino.

Sembra che i vaccini più ricchi di gonococchi siano più utili per combattere i processi cronici più tenaci.

L'autore passa poi a riferire i risultati ottenuti dai diversi sperimentatori con la vaccinoterapia nelle singole affezioni blenorragiche.

Nell'*uretrite anteriore acuta maschile e femminile* sembra che non si possa ritenere come accertata la benefica influenza della vaccinazione: alcuni anzi la negano. Qualcuno ha notato un miglioramento nei fenomeni subbiettivi. Altri autori invece hanno osservata una reazione da parte dell'uretra ammalata: dopo 24 ore dall'iniezione si notava aumento nel numero dei gonococchi: essudato purulento più denso, ecc.; in breve un peggioramento della durata di 48 ore all'incirca. Finito il periodo reattivo si aveva un miglioramento di 3-5 giorni.

Nell'*uretrite anteriore cronica* sembra che i risultati siano migliori, almeno nel senso di abbreviare la cura locale.

La maggioranza degli autori peraltro non si pronunzia in modo definitivo e sembra invece che i successi ottenuti siano così scarsi e così incerti da non lasciare soverchie speranze di adoperare con buon effetto questo metodo in un grande numero di uretriti anteriori.

Nell'*uretrite posteriore acuta e cronica* i risultati della cura col vaccino su per giù si rassomigliano a quelli della cura dell'uretrite anteriore, i benefici effetti della vaccinoterapia cioè non sono ancora accertati. Anche nella *cistite gonorroica* non si sono avuti risultati sicuri, mentre nella *pielite gonorroica* essi furono nulli addirittura.

Nelle *vaginiti* specie nelle *vulvo-vaginiti* delle bambine, alcuni riferiscono di aver ottenuti dei buoni risultati, altri invece soltanto insuccessi. Sembra in ogni modo che la cura vaccinica, sola od associata ad una cura locale, porti in un gran numero di casi alla guarigione od almeno renda più breve il decorso dell'affezione.

Nella *cervicite gonorroica* non sembra raccomandabile questo metodo. Incerti e contradditorii sono i risultati ottenuti nelle *bartoliniti* e negli *ascessi* ed *infiltrati parauretrali*. Così pure non c'è da attendere grandi successi nella *proctite* e nella *congiuntivite blenorragica* per quanto, specie in quest'ultima malattia, non manchino osservazioni favorevoli (Mittendorf).

In quanto alle complicazioni gonorroiche, le quali insorgono per trasmissione del virus attraverso le vie linfatiche o si verificano negli organi annessi al tratto urogenitale, si può dire che regnano le stesse incertezze per quanto qui si tratti nel maggior numero dei casi di focolai più o meno circoscritti, nei quali le condizioni anatomiche e fisiologiche sembrerebbero essere favorevoli ad una benefica azione del vaccino.

Alcuni p. es. raccomandano la vaccino-terapia nella *linfangioite* e nell'*adenite gonorroica*, nella *cowperite* e nella *prostatite*, specie, in quest'ultima, se vi si associi una cura locale. Non mancano peraltro, soprattutto per la *prostatite*, osservazioni di completi insuccessi, e non si può quindi parlare di risultati costanti.

Al contrario nell'*epididimite* sembra che la maggior parte degli autori abbia ottenuto buoni risultati, se anche vi sono osservazioni in contrario.

La specificità dell'azione vaccinica si manifesta già, per quanto non regolarmente, con una reazione locale dell'organo ammalato (aumento nei disturbi subbiettivi, nel gonfiore dell'epididimo, ecc.) e con reazione generale (T. a 38° fino a 40°, spossatezza, inappetenza, ecc.).

A quanto pare (Bruck) una controindicazione si avrebbe nel caso di temperatura assai elevata, almeno per l'*arthigon*. Sembra pure che nel caso di un'epididimite di data recentissima l'infiammazione, in seguito all'uso del vaccino, possa prendere uno speciale carattere di violenza. Negli infiltrati di antica data la cura vaccinica non ha effetto di sorta.

Anche la *funicolite gonorroica* viene favorevolmente influenzata da questo metodo di cura, così che per lo più dopo la prima iniezione cessano i dolori e dopo le successive scompare l'indurimento. Sulla *spermatocistite gonorroica* le esperienze sono ancora troppo scarse per permettere di trarre conclusioni definitive.

Nelle *affezioni blenorragiche degli annessi femminili*, le osservazioni sono al contrario assai numerose e sembra che nel maggior numero dei casi non sia dubbio il benefico effetto di questa cura,

se pure non sempre i risultati siano completi, nè l'azione favorevole del vaccino possa ritenersi costante.

Sembra però che la vaccinazione in questa, come nelle altre affezioni già mentovate, non abbia alcun potere profilattico. Föckler e Schindler, p. es., malgrado il vaccino, videro insorgere una salpingite.

Dembska potè studiare 200 casi. Nel 50 % delle affezioni dell'utero, degli annessi, del parametrio e del peritoneo, specie nel caso di focolai circoscritti e già dalla prima iniezione, notò un miglioramento. Nel 20 %, solo più tardi si notarono i favorevoli risultati, seguìti peraltro da completa guarigione.

Un certo numero di casi infine non risentì alcun benefico effetto (infezione mista?).

Si può concludere dunque che l'azione del vaccino non è costante, ma che in un gran numero di casi si possono avere notevoli miglioramenti.

Non mancano poi i casi nei quali dopo la vaccinazione (otto-dieci ore) — specie dopo la prima iniezione — si ha un aumento nei dolori e nella tumefazione del focolaio infiammato.

Alcuni osservarono emorragie uterine dopo l'iniezione, anticipo delle mestruazioni, ecc. Tutti questi fenomeni sono stati utilizzati anche a scopo di diagnosi: però l'assenza di queste reazioni locali, data la loro incostanza, non permette di escludere l'etiologia gonorroica dell'affezione degli annessi. Nè il loro verificarsi sembra giustificare sempre la diagnosi di natura blenorragica: il Fromme avrebbe appunto osservato una reazione in un caso nel quale era da escludere l'etiologia gonococcica.

L'A. infine passa a trattare delle metastasi gonorroiche dovute al penetrare del gonococco nel circolo sanguigno ed al propagarsi del virus baccterico a punti lontani dal punto d'ingresso. Nella *gonococcoemia*, le osservazioni, corrispondentemente alla rarità delle forme gravi di questa affezione, sono scarse: i risultati sembrano però completamente favorevoli. Lo stesso dicasi dell'*endocardite* e soprattutto dell'*artrite gonorroica*, dove già dalla prima iniezione si verificherebbe un grande miglioramento nei dolori e nei movimenti.

In moltissimi casi si sarebbe ottenuta la completa guarigione. Naturalmente contro le anchilosi già esistenti la vaccinazione non ha alcun potere benefico. Alcuni autori però riferiscono di aver ottenuto qualche successo. In alcuni casi si osserva, specialmente dopo la prima iniezione, reazione locale nell'articolazione malata con aumento del dolore e della tumefazione, rossore della cute, maggiore difficoltà nei movimenti, ecc. Anche qui, per l'incostanza della reazione, non si può trarre nessun partito a scopo diagnostico, come pure a tale scopo non si può utilizzare la reazione generale (febbre, senso di spossatezza, ecc.) che talora si verifica. Non pare che questo metodo di cura possa nuocere al processo articolare, per quanto sia stato riferito che in qualche caso di recente data, dopo la vaccinazione, il processo si sia esteso ad altre articolazioni.

Sembra poi che la vaccinazione non preservi da recidive.

Nei pochi casi di *tendo-sinovite gonorroica* nei quali fu sperimentato il vaccino si ebbero buoni risultati e così pure nelle *cheratosi blenorragiche*.

Nelle *affezioni oculari metastatiche* di natura gonorroica la cura specifica sembra aver dato effetti benefici. Vi ha poi chi sostiene (Gorbunoff) che in tutte le forme di tracoma le iniezioni di vaccino nel sacco congiuntivale o sottocutanee diano sempre pronta guarigione.

L'A. chiude la sua interessante rivista, che è corredata da un largo indice bibliografico, con la enumerazione dei disturbi secondarii che sono stati osservati in seguito alla iniezione di questi vaccini, specie l'*arthigon* e i due vaccini Reiter, e cioè dolori nel punto iniettato (per quanto la iniezione stessa, di per sè, dia poco dolore e per quanto la reazione locale sia così poco costante da non poter essere utilizzata a scopo diagnostico) che possono irradiarsi nelle regioni vicine: eritemi, edemi, aumento della temperatura (talora fino a 39°-40°) specialmente nel caso di gonorrea con complicazioni, dolor di capo, senso di accasciamento, nausea, diarrea, palpitazione cardiaca, erpete labiale, passeggiera fosfaturia, ecc., talora albuminuria, dolori agli avambracci ed alle mani.

Si può dire che la reazione generale di regola si verifica più spesso in quelle affezioni gonorroiche in cui sono stati constatati gli effetti benefici della terapia vaccinica (epididimiti, annessiti, ecc.).

Anche la reazione locale dei focolai malati non è costante: si ha specialmente nelle epididimiti, artriti, affezioni degli annessi. Peraltro la sua mancanza non autorizza ad escludere l'etiologia gonorroica e, per contro, sebbene la presenza della reazione locale possa considerarsi come specifica, pure non mancano casi di affezioni certa-

mente non gonorroiche in cui si ebbe reazione del tratto uro-genitale.

Mancano osservazioni, salvo pochi casi, di conseguenze spiacevoli dovute alla vaccinazione, per quanto c'è chi sostiene di aver veduto in seguito a questo metodo di cura aggravarsi il processo blenorragico, o sopravvenire complicazioni (epididimiti, salpingiti, estendersi del processo dall'uno all'altro testicolo), o addirittura verificarsi una infezione generale. Resta in questi casi sempre da dimostrare se la vaccinazione sia stato l'unico momento causale dell'insorgere di tali fenomeni.

Sono stati descritti due casi di accessi epilettiformi dopo la vaccinazione, ma anche qui il rapporto diretto con il vaccino non è stato dimostrato.

Adunque, per quanto riguarda la possibilità di conseguenze dannose, l'uso di questi vaccini, in ispecial modo l'*arthigon* e il vaccino del Reiter si può raccomandare senza esitazione. Soltanto, se si vuol essere molto prudenti, quando si fa l'iniezione di *arthigon*, si possono lasciare per qualche giorno i malati a letto.

V. MONTESANO.

La " Cheratosi „ blenorragica.

(FIESSINGER e DURAND. *Paris méd.*, 8 marzo 1913).

La cheratosi è fra le complicazioni più rare e più singolari della blenorragia. Rarissimi sono i casi descritti: e ciò è dovuto in parte, secondo gli A.A., al fatto che non da tutti ne è fatta la diagnosi.

I soggetti affetti da cheratosi blenorragica presentano costantemente manifestazioni artritiche multiple e gravi, ad evoluzione sub-acuta, caratterizzate dalla mancanza di anchilosi.

Sono state descritte due forme cliniche:

a) il *cono corneo;*

b) la *suola plantare.*

I coni cornei hanno la loro sede di predilezione sulla faccia dorsale del piede, sopra tutto al margine interno e sul dorso dell'alluce; raramente se ne osservano sulle gambe, agli arti superiori ed alla faccia; ma dimostrano una certa tendenza a diffondersi.

Dapprima gli elementi eruttivi sono rappresentati da piccoli bottoni rosei lenticolari sull'alluce, ma subito diventano acuminati sotto forma di rilievi cornei conici che si sentono alla palpazione. Gli elementi isolati si ingrandiscono, si sovrappongono, e dànno al tatto la sensazione di una carta in rilievo. I rilievi sono acuminati o rotondeggianti, cornei, d'un giallo rameico, lucenti. Intorno ad ogni elemento, disposti a coccarda, si notano due aloni, l'interno pallido biancastro, l'esterno roseo congestizio.

Col grattamento cade la sostanza cornea, l'epidermide resta ulcerata e si copre di una incrostazione.

L'eruzione dura da 1 a 1 mese e mezzo; poi cadono rapidamente le croste, e resta l'epidermide rosea neoformata. Si possono avere alterazioni trofiche delle unghie.

La *suola plantare* è dovuta ad una produzione cornea eccessiva e lenta che, dopo 3 settimane in media, copre tutta la faccia plantare del piede sotto forma di callosità ampia, dura, spessa da 1 a 2 mm., si ha quindi la desquamazione completa di tutta la callosità, contemporaneamente a quella degli elementi isolati, e quindi l'epidermide resta assottigliata e rosea.

I coni cornei e la suola plantare presentano una disposizione bilaterale simmetrica.

Chauffard l'ha definita col nome di *dermopapillite ipercheratinizzante,* Baermann col nome di *dermatite papillare paracheratosica.*

Si verifica nei casi di infezione blenorragica grave con artropatie multiple; ma vi sono circostanze occasionali che ne favoriscono la produzione.

Chauffard e Froin hanno insistito sulla importanza della macerazione epidermica dovuta a iperidrosi, a secreti irritanti, ecc. Questa macerazione si ha facilmente nelle fasciature abbondanti ovattate con le quali si immobilizzano le articolazioni malate. È per questo che l'eruzione di preferenza si ha nella pelle dei piedi, dove il sudore e la improprietà favoriscono la macerazione dell'epidermide.

Quanto alla patogenesi, Jacquet fondandosi sulla simmetria dell'eruzione e sulla esagerazione dei riflessi, ammette per essa un'origine trofica e nervosa centrale.

Chauffard e Fiessinger hanno ottenuto la riproduzione sperimentale di questa forma morbosa seminando sulla cute sana grattata i materiali raccolti dalla sede dell'eruzione. Di qui risulterebbe evidente e netto il rapporto patogenico fra blenorragia e cheratosi.

Gli AA. riferiscono di un altro caso da loro osservato, interessante per le localizzazioni molteplici della eruzione: in ambedue i piedi, nella faccia interna della coscia sinistra, nel perineo, nell'asta, nelle pertinenze anali il paziente presentava anche incontinenza delle urine e delle feci da mielite, ed a questo fatto gli AA. attribuiscono la causa della macerazione epidermica che avrebbe preparato le condizioni favorevoli all'eruzione cutanea. In questo caso però non sono riusciti ad ottenere la riproduzione sperimentale del processo.

Nell'osservazione di Gougerot, la cheratosi aveva sede nelle mani di un operaio, esposto per ragioni del mestiere a macerazione continua.

Gli AA. insistono sull'importanza della macerazione e dell'irritazione cutanea, quale fattore determinante della cheratosi blenorragica.

P. S.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista, e della città di Torino.
Sezione chirurgica diretta dal prof. GIUSEPPE FANTINO.

Pustola carbonchiosa curata col siero anticarbonchioso

per il dott. CARLO PAVESIO, assistente.

Avendo sentito parecchie volte vantare le virtù del siero anticarbonchioso, ho voluto provarlo in un caso di pustola carbonchiosa capitato all'ospedale verso gli ultimi di marzo del corrente anno.

Premetto che i risultati furono veramente ottimi ed immediati, tali da incoraggiare e da giustificare pienamente questo metodo di cura, lasciando da parte gli altri metodi più o meno lesivi.

Aggiungo che i risultati ottenuti si devono sicuramente mettere in rapporto col rimedio iniettato, poichè susseguirono immediatamente all'iniezione e localmente ci si limitò a fare una medicazione protettiva con garza semplice.

Che si trattasse di un caso di carbonchio è stato accertato oltre che dalla sintomatologia clinica, anche dall'esame culturale e microscopico.

Passo senz'altro all'esposizione del caso:

F... G..., d'anni 32, conciatore.

Nulla nel gentilizio. Non ricorda d'aver fatto precedenti malattie.

Verso gli ultimi di marzo cominciò ad avvertire un molesto senso di prurito al lato destro del collo. Osservata la regione l'a. non notò ivi nulla di speciale. Del resto si sentiva ancora completamente bene e continuò ad attendere alle sue occupazioni finchè l'insorgere di un po' di tumefazione al collo accompagnata da prostrazione e da malessere generale non lo costrinse a ricorrere ad un medico.

Questi giudicò trattarsi di un flemmone in via di formazione e vi praticò un'incisione la quale diede esito a puro sangue.

Intanto i sintomi si andavano aggravando, si aggiunse cefalea, diarrea e vomito. L'a. poteva a mala pena reggersi in piedi: la temperatura era elevata, il polso frequente, respiro dispnoico.

In queste condizioni ebbi io a visitarlo.

Procedendo all'esame della lesione, riscontrai alla parte destra del collo in corrispondenza di una linea trasversale passante per la cartilagine cricoide una pustola della grossezza di una moneta di due centesimi, alquanto rialzata sulle parti circostanti, la quale presenta un centro necrotico di color brunastro ed una circonferenza formata da tante piccole vescicole di color grigiastro. Tutt'all'intorno vi è un notevole edema duro, poco dolente alla pressione il quale si estende in basso alla parte superiore del torace destro ed al braccio destro. In questa zona di edema a poca distanza dalla pustola vi sono vescicole e bolle isolate.

Le ghiandole sopraclavicolari ed ascellari non sono palpabili.

La temperatura è di 38°.8 al mattino e di 39°.3 alla sera.

Il polso batte 100 battute al minuto, pieno, regolare.

Le urine sono scarse. All'esame chimico si trova una grande quantità di urati ed una nube di albumina.

Pensai subito trattarsi di una pustola carbonchiosa e preso un poco del secreto di essa lo esaminai al microscopio previa colorazione con fucsina, riscontrando i caratteristici bacilli del carbonchio.

Iniziai subito allora la cura col siero nel modo che starò per dire.

Aggiungo per incidenza che non mi fu possibile avere i bacilli specifici del secreto delle vescicole e delle bolle che si trovavano isolate nella zona di edema.

Intanto col secreto della pustola feci culture in brodo, in agar ed in gelatina in piastre le quali tutte furono positive.

Iniziai adunque la cura con un'iniezione endovenosa nelle vene del braccio di 20 cmc. di siero.

Essa fu bene tollerata, non diede luogo ad inconveniente alcuno e se ne videro gli effetti già dopo poche ore in quanto che l'ammalato si accorse di essere più sollevato, quantunque la temperatura nel giorno stesso dell'iniezione si mantenesse press'a poco inalterata.

Gli effetti furono però molto più palesi il giorno dopo in cui si ebbe a riscontrare quanto segue:

Temperatura 37°.6, polso 84, respiro regolare.

Sono scomparse le nausee ed i vomiti ed il malato si sente ritornare le forze ed un senso generale di benessere.

Il 3° giorno dall'inizio della cura pratico una seconda iniezione endovenosa di 10 cmc.

Le condizioni sono ancora migliorate dal giorno precedente.

Il 4° giorno faccio una 3ª ed ultima iniezione sottocutanea di 10 cmc. di siero.

Temperatura a 37°.4-37°.6, polso ritmico, regolare, forte senso di appetito.

Ho già detto del miglioramento rapido ed intenso dello stato generale; aggiungo che parallelo fu pure il miglioramento dello stato locale della lesione pustolosa.

L'edema circostante alla pustola manifestò subito una forte tendenza a circoscriversi ed diminuire di intensità, scomparvero le vescicole, e la parte centrale della pustola fu isolata da un solco di delimitazione ben netto e quindi eliminata.

I margini della perdita di sostanza risultante dall'eliminazione dell'escara acquistarono un bel color rosso ed a poco a poco si avanzarono fino a ricoprire la perdita di sostanza ed a cicatrizzare la lesione.

Questa complessivamente impiegò 15 giorni a guarire, mentre per il riassorbimento completo dell'edema fu necessaria un'altra diecina di giorni.

Le urine esaminate ripetutamente rivelarono costantemente una nube di albumina.

Va notato che, dieci giorni dopo l'ingresso all'ospedale, il paziente fu colpito da intensi dolori intestinali e lombari.

Mi venne il vago sospetto che questi potessero essere in rapporto colla presenza nell'intestino e nei reni di bacilli del carbonchio o delle loro tossine in via di eliminazione le quali irritassero quegli organi dando luogo a quella fenomenologia dolorosa così intensa.

Raccolsi all'uopo il sedimento delle urine che fu sottoposto all'esame microscopico previa colorazione con fucsina, contemporaneamente a qualche ansata di feci.

Osservai così dei bacilli i quali avevano tutta la morfologia dei bacilli del carbonchio, ma non riuscii ad averli in cultura, come pure non infettarono di carbonchio la cavia alla quale furono iniettati. Si trattava forse di bacilli morti, uccisi cioè dalla forte resistenza conferita all'organismo per parte del siero, oppure avevo a che fare con bacilli a morfologia molto similare a quelli del carbonchio?

Comunque sia, 25 giorni dopo il suo ingresso, l'a. esce dall'ospedale completamente guarito e senza alcun reliquato nel luogo della primitiva lesione.

Conchiudendo, nel caso mio si trattava di un lavorante conciatore il quale si era innestata, forse grattandosi con le unghie infette di bacilli del carbonchio, una pustola carbonchiosa al collo.

Quando ricorse a me per la cura si trovava in uno stato grave e che destava forti preoccupazioni.

Una sola iniezione endovenosa di 20 cmc. di siero fu sufficiente per togliere rapidamente ogni gravità al caso in questione.

Due altre iniezioni di 10 cmc. ciascuna furono bastanti per guarirlo.

Non si fece nessuna cura locale della pustola, e non si ebbe nessun inconveniente dall'uso del siero.

La pustola guarì senza cicatrici o deformità di sorta, ciò che può avere una grande importanza quando essa abbia sede in una parte scoperta come sarebbe appunto il collo od il viso.

Prima di terminare questo mio breve lavoro, voglio accennare un piccolo dettaglio che io ebbi a riscontrare nel mio ammalato, cioè la mancanza di proprietà agglutinanti per il bacillo del carbonchio nel suo siero di sangue.

È questa una proprietà già riscontrata da altri ricercatori e che può costituire talvolta un sintoma diagnostico.

Il bacillo del carbonchio ha la tendenza a riunirsi nelle culture in brodo in ammassi fioccosi che si depositano al fondo della provetta.

Ma se ad una cultura in brodo previamente agitata per sciogliere questi ammassi fioccosi, noi aggiungiamo qualche goccia di siero di individuo carbonchioso noi vediamo dopo 24 ore di termostato che il brodo conserva un intorbidamento diffuso, senza alcun precipitato fioccoso.

BIBLIOGRAFIA.

ABBA. *Ancora un caso di carbonchio guarito mediante iniezioni endovenose di siero Sclavo.* Com. Acc. Medic., 1903.

SCLAVO. *Sullo stato presente della sieroterapia anticarbonchiosa.* Rivista d'Igiene e Sanità Pubblica, 1903.

ALPAGO NOVELLO. *Un caso gravissimo di carbonchio ematico guarito colle iniezioni sottocutanee ed endovenose di siero Sclavo,* Gazzetta Medica di Torino, 1900.

COSTA. *Un caso di carbonchio nell'uomo guarito col siero Sclavo.* Giorn. Acc. Medic. Torino, 1911.

BATTIGNANI. *La pustola maligna curata colle iniezioni sottocutanee ed endovenosa di siero anticarbonchioso Sclavo.* Gazz. osp. e cliniche, 1911.

ABBA. *Sull'opportunità di considerare la pustola maligna come infortunio sul lavoro.* Atti Soc. Piem. d'Igiene, 1901-1902.
LAMBOTTE e MARECHAL. *L' agglutination des bacilles charbonneux par le sang humain normal.* Annales Institut Pasteur, 1899.
SIMONETTA. *Due nuovi casi di infezione carbonchiosa curati esclusivamente col siero specifico Sclavo.* Siena, 1901.
BORMANS. *Di un nuovo caso di pustola maligna guarita col siero Sclavo e della mancanza della proprietà agglutinante del siero di sangue dei carbonchiosi.* Giorn. R. Accad. Med. Torino, 10 luglio 1903.
BORMANS. *Un triennio di cura sieroterapica anticarbonchiosa Sclavo in Piemonte.* Riv. Igiene e Sanità Pubblica, 1907.
ALMASIO. *La sieroterapia anticarbonchiosa Sclavo in Piemonte nel triennio* 1906-1909.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

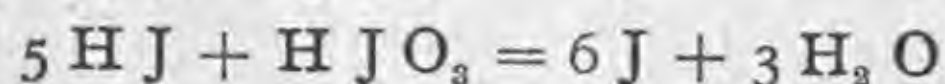
(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta straordinaria del 23 novembre 1913.

Presidenza del prof. **F. Durante**, presidente

Prof. G. **Gaglio**. *Tintura di iodio inalterabile priva di acido iodidrico.* — La tintura di iodio, preparata già da pochi giorni, contiene acido iodidrico che le comunica proprietà irritanti. Per distruggere l'acido iodidrico formatosi, e per prevenirne la formazione, l'autore propone di aggiungere alla tintura di iodio 1 % di acido iodico, in cristalli, che in presenza dell'acido iodidrico forma iodio ed acqua :

$$5HJ + HJO_3 = 6J + 3H_2O$$

L'acido iodico aggiunto nella tintura di iodio, essendo poco solubile nell'alcool, forma un deposito al fondo che assicura la distruzione dell'acido iodidrico a mano a mano che esso si forma. L'acido iodico non è caustico, e, come sostanza antisettica, la sua presenza può essere utile nelle molteplici applicazioni che si fanno della tintura di iodio a scopo antisettico.

Per mezzo dell'acido iodico si può anche dimostrare in una maniera facilissima la presenza dell'acido iodidrico nella tintura di iodio. Basta a questo scopo diluire una piccola quantità di tintura di iodio (1 cmc.) con acqua (5-10 cmc.), si forma un abbondante precipitato di iodio, si filtra. Il liquido filtrato, limpido, colorato in giallo, rappresenta una soluzione acquosa satura di iodio, e contiene l'acido iodidrico, se questo esisteva nella tintura di iodio. Ora, se a questo liquido si aggiunge acido iodico si determina un intorbidamento e un precipitato di iodio, tanto più abbondante quanto maggiore è la quantità di acido iodidrico.

Prof. **Levi Della Vida**. *Reperto di un protozoo patogeno in un coniglio nostrano.* — L'O. comunica che fra sette conigli adulti, provenienti da una tenuta in provincia di Siena e non ancora sottoposti ad alcun esperimento, egli ebbe ad osservare la morte di due animali in seguito a grave deperimento (forte anemia, notevole dimagramento, adinamia profonda). Di uno non fu possibile praticare l'autopsia; nell'altro richiamarono l'attenzione dell'O. alcune gravi alterazioni anatomiche della milza. L'esame batterioscopico e colturale della milza e del sangue del cuore riuscì negativo; negli strisciamenti della milza e del fegato colorati col Giemsa si riscontrarono numerose forme di protozoi, libere, intracellulari o riunite in ganghe, assai probabilmente riferibili al *Toxoplasma cuniculi* Splendore, parassita descritto finora soltanto nel Brasile e nel Senegal. Sono in corso studi per identificare tale protozoo, del quale l'O. dimostra vari preparati.

A. BALDONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA e TERAPIA

Sui riflessi vasali.

Hess e Bermann (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 32, 1913) a mezzo del pletismografo di Lehmann-Mosso, hanno studiato i riflessi vasali in individui affetti da sclerodermia, arteriosclerosi e siringomielia.

È noto che gli stimoli termici producono una variazione del lume vasale; il caldo produce dilatazione, che dalla curva pletismografica è registrata con un innalzamento, seguito in breve da abbassamento, e con una maggiore ampiezza delle singole oscillazioni; il freddo produce rapido abbassamento del livello della curva ed una diminuzione dell'ampiezza delle singole oscillazioni.

Tali modificazioni si possono constatare alla estremità di un arto quando gli stimoli vengono applicati sul membro omologo dell'altro lato.

Nella sclerodermia gli stimoli termici non producono alcuna modificazione della curva pletismografica, il riflesso vasale è spento; in qualche caso si è avuto nn accenno di reazione. Un tale disturbo funzionale si deve verisimilmente mettere in rapporto col fatto che le pareti vasali compartecipano al processo di degenerazione trofica delle parti vicine, o quando meno deve essere attribuito ad un disturbo meccanico della circolazione per lo indurimento del connettivo, nel quale i vasi sono disseminati, che impedisce la libera espansione delle pareti vascolari.

Le ricerche sui riflessi vasali nell'arteriosclerosi hanno dato risultati vari. In un gruppo di infermi, nei quali l'arteriosclerosi era manifesta per lo stato delle arterie periferiche, i riflessi vasali gli stimoli termici erano sempre assenti. In un altro gruppo di casi, nei quali le lesioni arteriali non erano nettamente apprezzabili alla palpazione, i riflessi erano presenti, per quanto le modificazioni nella curva pletismografica apparissero con un certo ritardo. In un terzo gruppo di casi infine, nei quali l'arteriosclerosi era particolarmente grave e diffusa il caldo non provocava alcuna dilatazione, mentre al freddo si aveva netta la normale reazione.

I risultati più interessanti si ebbero nei casi di siringomielia. Mentre nella sclerodermia e nella arteriosclerosi il disturbo funzionale è in rapporto ad un'alterazione delle pareti stesse dei vasi, nella siringomielia l'assenza di reazioni vasomotorie si deve mettere in conto di una lesione di una parte qualsiasi dell'arco riflesso. L'applicazione di stimoli termici sulle estremità dove esistono bilateralmente disturbi della sensibilità non produce alcuna modificazione della curva pletismografica sulla estremità omologa.

In un caso di siringomielia invece nel quale la dissociazione sensitiva esisteva solo a destra si sono avuti i seguenti risultati: gli stimoli termici applicati sul braccio sinistro sano dettero una reazione vasomotoria normale al braccio destro, la stimolazione di quest'ultimo invece non dette alcun risultato al braccio sinistro; gli stimoli psichici dettero in ambo le estremità una evidente reazione.

Ammesse normali le terminazioni sensitive bisogna ammettere o che le fibre afferenti dell'arco riflesso vasomotorio prendano una via affatto differente dalle altre fibre sensitive e sono alterate isolatamente o che nella completa integrità delle vie periferiche esista un'alterazione delle cellule del corno posteriore del midollo e dei gangli.

Poichè il riflesso dal lato sinistro al destro si è avverato in modo affatto normale si deve ammettere che le cellule delle corna anteriori, quelle cellule appartenenti al simpatico e disseminate nel midollo, sieno integre, di che del resto è prova sia la mancanza di qualsiasi disturbo trofico e funzionale dei muscoli al lato destro, sia la possibilità di provocare il riflesso vasomotorio al lato destro a mezzo di stimoli psichici. Evidentemente la lesione risiede unicamente nelle corna posteriori, lesione che rende impossibile la trasmissione degli stimoli dal lato destro al sinistro.

Il fatto poi che gli stimoli psichici son capaci di provocare il riflesso vasale in ambo i lati conferma in genere l'esistenza di centri vasomotori corticali o sub-corticali e l'integrità delle rispettive fibre di connessione col midollo spinale nel caso esaminato.

DRAGOTTI.

Eritremia con ascite, flebite della splenica e trombosi gastroepiploica.

Chauffard e Troisier arricchiscono la casuistica delle eritremie di una nuova osservazione (*La Presse Méd.*, 9 aprile 1913) importante per le particolarità del quadro clinico.

Si trattava di un malato che presentava eritrosi cutaneo-mucosa dall'adolescenza; reticolo venoso dilatato, spleno ed epatomegalia.

L'esame del sangue dava una assoluta poliglobulia, 9,560,900; leucocitosi con polinucleati, un tasso elevato di piastrine e una modica reazione mieloide.

Cinque mesi prima della morte il quadro clinico, che presentava tutti i dati completi per una diagnosi di eritremia, muta per l'insorgenza di una sindrome di ostruzione della vena porta (ascite abbondante), spiccato circolo collaterale, emorroidi.

Clinicamente gli AA. supponevano che si fosse prodotta, in vista della frequente complicanza di tale accidente, una trombosi della vena porta, e il sospetto sembrava confermato dalla contemporanea comparsa di dolori addominali e della tumefazione dell'addome.

In favore di tale interpetrazione deponeva ancora il grado di dilatazione eccessiva delle vene superficiali addominali: reticolo supplementare del tipo cirrotico, ma insorto acutamente.

I caratteri fisici, clinici, citologici dell'ascite erano quelli d'un versamento di origine meccanica.

L'esame del sangue infine dimostrava una rapida e facile coagulabilità, viscosità aumentata, elevazione del volume del sedimento globulare.

Mancavano le emorragie intestinali, resultato negativo avevano dato le ricerche per scoprire eventuali emorragie occulte.

Il fegato rimaneva grosso, duro, la sua funzionalità clinica integra.

L'autopsia dimostrò tutte le note anatomiche della poliglobulia mielogena, accanto alle quali si erano aggiunte trombosi di vecchia data della splenica, trombosi recente del circolo gastro-epiploico e delle corte vene, varici compensatorie delle esofagee.

Il grave disturbo circolatorio in rapporto con la trombosi splenoepatica, e gastroepiploica e con lo stato di stasi ipertensiva e pletorica dava facile spiegazione della grande ascite a tipo cirrotico.

La sindrome clinica è dunque legata ad una nota complicazione dell'eritremia, la trombosi, però nel caso in ispecie la complicazione mutava profondamente il quadro clinico ordinario della malattia.

t. p.

Amaurosi ed ambliopia secondarie a gravi emorragie.

Da varî autori sono stati osservati gravi disturbi visivi consecutivi ad emorragie e recentemente il Duhot e Pierret ne hanno raccolti altri quattro casi.

Il modo d'insorgenza del disturbo varia nei singoli casi: talora è improvviso, come quando un paziente che si rimette da una sincope consecutiva ad una grave emorragia e non può distinguere gli oggetti circostanti.

Però l'ambliopia o l'amaurosi può comparire dopo vari giorni dall'emorragia: ne sono sintomi premonitori cefalea o fosfeni. In qualche caso l'ambliopia aumenta progressivamente e raggiunge il suo massimo in pochi giorni mentre l'amaurosi può essere completa fin dal primo momento o secondaria ad una ambliopia progressiva. Le lesioni sono di regola bilaterali, ma gli occhi sono colpiti in grado diverso. Le deformazioni del campo visivo nell'ambliopia sono differenti nei vari casi. All'esame oftalmoscopico molti osservatori non hanno riscontrato alcuna lesione, almeno nei primi giorni.

Nella maggior parte dei casi però si riscontra un pallore del fondo, specialmente in prossimità della papilla che è bianca: le arterie retiniche sono molto più sottili del normale, le vene o di grandezza normale ovvero anche più ampie e non presentano traccia di trombosi.

In altri casi la papilla è arrossata ed edematosa; i margini sono meno distinti del normale, le arterie sono piccole e le vene presentano evidenti i segni di una stasi accentuata; si trovano spesso emorragie intorno alla papilla a forma di fiamma di candela. L'edema scompare presto e le emorragie dànno origine a depositi di pigmento e si stabiliscono alterazioni atrofiche.

Nell'ambliopia le alterazioni sono molto meno accentuate che nell'amaurosi. La prognosi *quoad functionem* deve essere in ogni caso riservata, specialmente se il paziente è molto anemico e febbrile e se le emorragie, specialmente del tubo gastrointestinale si ripetono.

Talora si ha una guarigione con difetto infatti rimangono scotomi di varie forme e grandezze nel campo visivo.

La diagnosi è facile quando l'emorragia è grave e recente, quando però l'emorragia è stata leggiera e ripetuta e se le alterazioni del fondo non sono molto evidenti può essere molto difficile. La diagnosi differenziale si deve fare coll'occlusione dell'arteria centrale della retina, coll'ambliopia isterica, colla nevrite ottica tossica e coll'atrofia tabica.

Quanto alla cura essa deve essere soprattutto indirizzata contro la malattia fondamentale. Localmente si possono fare iniezioni sottocongiuntivali di sublimato corrosivo all'1:2000 o cloruro d'oro all'1 $^{0}/_{00}$ così pure l'iridectomia o la sclerotomia allo scopo di migliorare le condizioni della circolazione locale, giacchè l'ischemia del nervo ottico e della retina sarebbe, secondo gli autori, la causa della malattia.

P. A.

L'azione della digitale sulla pressione sanguigna nell'uomo.

Price (comunicazione al Congresso di Londra: *The action of digitalis on the blood pressure in man*) ha con una serie di ricerche sull'uomo voluto controllare le nozioni che si hanno intorno all'effetto della digitale sulla pressione sanguigna.

Egli ha diviso le sue esperienze in tre serie (32 casi in tutto); in una la pressione era inferiore alla norma, in altra normale, in altra superiore. La somministrazione della digitale era data a dosi progressive ed alte fino a determinare fenomeni d'intolleranza; l'esperienza nello stesso soggetto è stata ripetuta fino per tre volte.

I serie: 16 casi con lesioni valvolari, miocarditiche, arteriose. In 12 nessun apprezzabile mutamento nella pressione sanguigna, in tre un abbassamento, in uno elevazione, di cui la durata non si potè determinare dopo la somministrazione, perchè l'ammalato venne a morte.

II serie. In questa serie gli esami sono stati fatti ogni giorno, sempre alla stessa ora, ed in alcuni casi per un lungo periodo di 5 mesi; si trattava di pazienti costretti a letto.

Le osservazioni sono 5, con malattie del miocardio e delle arterie.

In nessun caso si ebbe durante o dopo la somministrazione della digitale aumento della pressione, in uno si ebbe abbassamento.

Nella III serie, gli esami praticati con la medesima accuratezza, non dimostrarono mai nemmeno innalzamento apprezzabile della pressione; si trattava di soggetti in cui l'esame del polso e del cuore non rivelava alcuna anormalità.

Durante il periodo sperimentale si ebbero però a notare oscillazioni della pressione da un giorno all'altro.

L'A. crede di poter concludere che l'uso della digitale non innalza la pressione nell'uomo, e che perciò non si corre alcun pericolo nel somministrarla in malati con alterazioni vasali e pressione alta.

t. p.

Azione dell'alta frequenza sul sangue e sua speciale utilità nella clorosi.

Della questione si occupa il prof. Luigi Bordoni (*L'idrologia, la climatologia e la terapia fisica*, n. 4, 1913, pag. 118). Egli ha usato l'alta frequenza, sotto forma di auto-conduzione, in 6 casi di anemia clorotica, ottenendo risultati che meritano di essere conosciuti. Le malate erano tenute nelle abituali condizioni di vita e di vitto e prive assolutamente di medicamenti. Il sangue era raccolto alla stessa ora, fatto fluire senza pressione, ed esaminato prima, durante e dopo la cura, in colorazione vitale (brillant-cresylblau e brillant-cresylblau, Sudan III) e in preparati a secco (Giemsa, bleu di metile ed eosina, May-Grünwald); contemporaneamente si facevano la determinazione della emoglobina e il conteggio dei globuli. Le applicazioni curative si facevano regolarmente ogni giorno, alla stessa ora, per 15 minuti nel grande solenoide di un apparecchio Reiniger.

Come effetto della cura si rilevò un miglioramento più o meno rapido nelle condizioni generali. Le forze aumentavano, miglioravano le condizioni digestive, le condizioni psichiche, le funzioni mestruali; e la sanguificazione appariva evidentemente migliore. Il peso del corpo tendeva regolarmente ad' aumentare.

All'esame del sangue si notò, come fatto di massimo rilievo, l'aumento costante e relativamente rapido dell'emoglobina (da 45 a 90, nel 1° caso, da 50 a 90 nel 2°, da 50 a 80 nel 3°, da 45 a 80 nel 4°, da 60 a 80 nel 5°, da 55 a 75 nel 6°).

I globuli rossi aumentarono evidentemente di numero in due casi, mentre l'aumento fu insignificante negli altri. Però si notarono importanti modificazioni morfologiche e qualitative. Si corresse l'anisocitosi; sparì la poichilocitosi in qualche caso in cui la si notava.

Le malate rivedute dopo qualche mese dalla cessazione della cura e tenute sempre senza medicamenti, non solamente si conservarono nelle buone condizioni, ma progredirono nel miglioramento ottenuto.

In complesso l'a. f., sotto forma di auto-conduzione, mostra di avere una azione efficacissima negli stati cloro-anemici; tale azione è più o meno rapida a seconda dei casi; bastano in genere 20 a 30 applicazioni per mettere il sangue e lo stato generale in buone condizioni; l'effetto si mantiene, anzi progredisce e si completa dopo cessata la cura; nel sangue si verificano i fatti di una rigenerazione degli eritrociti e sovratutto di un aumento della loro provvista emoglobinica, mentre il valore globulare e la formula leucocitaria tendono all'equilibrio normale.

Sembra che l'azione della d'arsonvalizzazione si eserciti prima di tutto su quello che costituisce il fattore dominante dell'anemia clorotica, che è l'incapacità dei globuli rossi di formare emoglobina in quantità sufficiente.

Sul meccanismo di azione l'A. fa delle opportune riserve, non essendo facile di definire se tutto consista in un'azione stimolante sugli organi ematopoietici o se vi si associ un'azione sugli organi a secrezione interna che, secondo i moderni concetti sulla clorosi, sembrano avere una speciale importanza patogenetica.

D'altra parte non bisogna dimenticare che vi possono contribuire altri elementi, e specialmente l'azione tonica e regolatrice sul sistema nervoso che a sua volta può agire in modo efficace sugli altri apparati.

Sarebbero riuscite interessanti delle determinazioni sulla tensione vasale e sulla temperatura, così da poter istituire un raffronto con le indagini compiute dal prof. Ghilarducci intorno all'influenza dell'elettricità statica sulla clorosi (publicate nel « Policlinico » sez. medica).

O. S.

Rubrica ufficiale sanitario ed igiene

Caratterizzazione dell'acido benzoico in presenza di fenoli e di acido salicilico.

La ricerca e la caratterizzazione di piccole quantità di acido benzoico, che è uno degli antisettici più usato per la conservazione di alcuni alimenti, presenta sempre delle grandi difficoltà sia per la estrazione, sia per il riconoscimento, specialmente quando con esso sieno presenti fenoli ed acido salicilico.

Senza qui enumerare tutti i metodi di estrazione e le reazioni più squisite di caratterizzazione dell'acido benzoico, si dirà dettagliatamente di quei mezzi di estrazione e riconoscimento più accreditati e suggeriti dalla lunga esperienza, segnalando tutte le delicatezze della tecnica necessarie a conseguire lo scopo di estrarre e riconoscere fino a ½ mmgr. di questo antisettico, ancorchè si trovi in presenza di altri antisettici coi quali ha reazioni analoghe.

Estrazione dell'acido benzoico. — 1º *Dalle sostanze grasse; burro, ecc.* — In un estrattore della capacità di 300 cmc. s'introducono 50 cmc. di acqua distillata, 15 cmc. di alcool a 90º e circa 0.5 di bicarbonato di sodio. Disciolto questo, si versa nella soluzione 25-30 gr. della sostanza grassa appena fusa. Si agita dolcemente con un movimento circolare il tutto, si rivolta l'estrattore su sè stesso per una dozzina di volte e si lascia poi in riposo. Dopo 10′ la sostanza grassa si sarà separata; si decanta allora dal rubinetto in un pallone il liquido idroalcolico che dovrà avere reazione alcalina alle carte di tornasole.

Si acidifica il liquido con 8-10 gocce di acido solforico o cloridrico, si scalda il tutto sino all'inizio dell'ebollizione. Si sospende il riscaldamento, si aggiunge 1 gr. circa di talco o di terra d'infusori, si agita per 1′ a 2′ e si versa sopra un filtro a pieghe bagnato tanto grande da contenere l'intera quantità del liquido, si riportano sul filtro per uno o due volte le prime porzioni filtrate. Il liquido filtrato, che potrà essere anche leggermente torbido, si raffredda completamente poi in un estrattore si agita con 40 cmc. di etere; dopo riposo si decanta la parte acquosa, poi si lava una volta o due l'etere agitandolo con un miscuglio di 20 cmc. di acqua e 5 cmc. di alcool a 95°.

Dalla soluzionze eterea si asporta l'acido benzoico agitandolo con 20 cc. di acqua nella quale siano stati aggiunti 0.2-0.3 di bicarbonato sodico e 5 cmc. di alcool concentrato. Quando l'acqua si sia nettamente separata (dopo al massimo 10′ di riposo) si fa passare per il rubinetto la soluzione idroalcoolico-alcalina contenente il benzoato di sodio in una capsula del diametro di 8-9 cm. e si evapora a b. m. fino a siccità. Sul residuo si procede alla purificazione degli altri antisettici (fenoli ed acido salicilico), se si contengono, e quindi si procede al riconoscimento dell'acido benzoico.

2º *Dal latte.* — Si opera sul latte dopo averlo sbarazzato dalla caseina e dalla crema nel seguente modo: s'introducono in un bicchiere di vetro 10 cmc. di soluz. acquosa di acido solforico al 5 % e 20 cmc. di alcool a 95º; si fanno cadere in questo miscuglio sotto forma di sottile getto 50 cmc. di latte avendo l'accortezza di agitare il bicchiere durante la caduta del latte; dopo 4′-5′ di riposo si getta il tutto su di un filtro a pieghe in modo che vi sia contenuta la totalità del liquido coagulato. Se le prime porzioni sono torbide, si ripassano sopra il filtro; occorrono generalmente 15′-20′ perchè la filtrazione sia completa. Il filtrato si ripone in un estrattore con 50 cmc. di etere, ed al fine di evitare l'emulsione, che ha sempre tendenza a formarsi, in caso di necessità, si aggiunge tanta acqua distillata da riempire l'estrattore, e quindi si agita parecchie volte il miscuglio. Si lasciano separare i due liquidi, si decanta la parte acquosa, si lava l'etere due volte con acqua leggermente alcoolizzata. Quindi si procede come sopra per separare dalla soluzione eterea l'acido benzoico sotto forma di benzoato di sodio che si porta fino a secco.

3º *Dalle bevande fermentate; vino, birra, ecc.* — 50-60 cmc. di bevanda da saggiare sono addizionati di qualche goccia di acido solforico o cloridrico e si agita con 40-50 cmc. di etere; dopo riposo si separa lo strato acquoso, si lava l'etere due volte con acqua; quindi si estrae dall'etere l'acido benzoico agitando con acqua alcoolica addizionata di bicarbonato sodico, e quindi si procede come sopra per ottenere il residuo del sale sodico.

Depurazione dell'acido benzoico. — Per sbarazzare l'acido benzoico dal fenolo, dall'acido salicilico e da molti altri derivanti fenolici, si profitta che tutte queste sostanze sono facilmente

distrutte dal permanganato di potassio in soluzione solforica, mentre l'acido benzoico resiste a questa azione.

Il residuo ottenuto dalla estrazione si riprende con 10 cmc. di acqua, dopo dissoluzione si addizionano 2 cmc. di acido solforico puro conc. e si porta il tutto a circa 80°, si aggiunge a goccia a goccia una soluzione di permanganato di potassio al 10 % fino a leggera colorazione rosea persistente. Raffreddato il tutto si porta in un imbuto a rubinetto al fine di estrarre dal liquido con etere l'acido benzoico, la soluzione eterea convenientemente lavata si agita con una leggera soluzione di bicarbonato di soda come sopra indicato.

Sul residuo nella capsula che contiene tutto l'acido benzoico allo stato di sale di sodio si procederà alla caratterizzazione.

Caratterizzazione dell'acido benzoico. — La caratterizzazione dell'acido benzoico in piccolissime quantità presenta delle grandi difficoltà.

Sono due le reazioni che più di tutto si ricordano; la formazione del bleu di anilina e la formazione dell'ac. m-dimitrobenzoico di cui la soluzione alcalina ammoniacale in presenza di solfuro di ammonio dà una colorazione rosso-arancio.

La prima reazione manca di sensibilità; di più essa presenta nell'applicazione delle difficoltà, che non è sempre facile vincere.

La seconda reazione invece non offre troppe difficoltà ed è sensibile fino a svelare ½ mmgr. del prodotto.

Ecco come si consiglia di operare: sul residuo di benzoato di sodio contenuto nella capsula, ben raffreddato, si versa un miscuglio di 5 cmc. di H_2SO_4 puro a 66° e 10 gocce di HNO_3 fumante; dopo aver bene impregnato il residuo, si attende qualche minuto fino a che la schiuma che si forma in seguito allo sviluppo di anidride carbonica sia scomparsa, e si scalda allora su di una piccola fiamma Bunsen, evitando che la fiamma tocchi il fondo della capsula dalla quale deve essere distante da 2 a 3 cm. e ciò finchè i vapori bianchi appariscano nettamente. La soluzione solforica dovrà essere incolore od appena colorata in giallo-paglia, quando l'operazione sia stata ben condotta; dopo ben raffreddato si versa il tutto in una fiala contenente 50 cmc. di acqua distillata; si pone nella soluzione acquosa un frammento di carta di tornasole, si aggiunge lentamente dell'ammoniaca, (occorrono circa 15 cmc. di soluzione a 22°) fino a reazione nettamente alcalina, e dopo raffreddamento si fa cadere nella soluzione a goccia a goccia, agitando dopo ciascuna aggiunta, del solfidrato di ammonio; se è presente dell'acido benzoico, si constaterà, dopo l'aggiunta di qualche goccia di solfidrato, che la tinta gialla della soluzione ammoniacale passerà al rosso-arancio. Quando questa colorazione appaia, è necessario sospendere l'aggiunta del solfidrato.

La colorazione rossa si svilupperà allora rapidamente e diverrà più o meno intensa a seconda della quantità di acido benzoico presente.

Questo modo di ricerca quando sia bene eseguito, darà sempre risultati soddisfacenti anche con ½ mmgr. di acido benzoico.

E. C.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(199) *La digitale nella nefrite acuta.* — Prego rispondermi nella Posta degli abbonati al seguente quesito:

Nel decorso di una grave febbre infettiva insorge nefrite acuta con edemi ai malleoli e allo scroto; sopravviene intanto un processo pneumonico che io non ho creduto di trattare con la digitale, temendo di aggravare le condizioni del rene.

Esiste in realtà controindicazione all'uso della digitale nella nefrite acuta, o per lo meno, ho fatto bene, nel caso mio, astenendomi dalla somministrazione digitalica?

Librizzi. Abbonato n. 9094.

Non v'ha controindicazione all'uso della digitale, se durante una malattia infettiva insorge una nefrite acuta, chè anzi la digitale s'è dimostrata certamente innocua anche nei casi di nefrite cronica o di rene arteriosclerotico, malattie queste in cui i canoni della vecchia farmacologia ponevano un veto preciso e senza eccezioni.

L'uso della digitale in questi ultimi anni s'è liberato da restrizioni, fondate su esperienze incerte, o su interpetrazione falsa di fatti clinici coincidenti con l'uso della digitale, ma non da essa provocati; se il campo s'è allargato da una parte, però esso ha avuto limitazioni non tanto per i danni eventuali, quanto per l'inutilità in altri casi del rimedio stesso: così nelle malattie infettive, e specialmente in quelle che ledono il miocardio, s'è venuti nella convinzione che la digitale a nulla giovi su un muscolo degenerato o in via di degenerazione: è per lo meno inutile e dannoso tentare di frustare il miocardio leso, è doveroso invece combattere la malattia prima (quando lo specifico esista, es. salic. sodio, siero antidifterico, vaccinazione, ecc.) e di rendere facile la funzione cardiaca, diminuendo le resistenze e cercando di ridurre le attività dell'organismo alle pure vegetative.

S'è perciò che un'iniezione di morfina, usata a proposito, in un polmonitico delirante, si dimostra più utile dell'infuso di digitale: quella fa riposare un'intera notte il malato e dà tregua al cuore, questa non determinerebbe, dato che possa farlo, che un sopralavoro d'un cuore già minato nella sua costituzione anatomica.

Tali idee sull'uso della digitale Ella potrà trovare svolte in una breve rivista sintetica « Indicazioni all'uso della digitale », *Policlinico*, sezione pratica. 10 settembre 1911. *t. p.*

(200) *Sulla terapia della seborrea.* — Codesto giornale ha dato più volte in quest'anno la terapia della seborrea.

Ora a schiarimento gradirei conoscere:

1. In quali casi debbasi alla pomata salicilica (con lanolina?) aggiungere il solfo (unito o separato dall'acido salicilico?);

2. Se le frizioni che si debbono far seguire due volte il giorno al primo trattamento, e cioè coll'acido salicilico oppure spirito saponato ecc., si praticano nei giorni medesimi del primo trattamento oppure quando;

3. Con quale forma di seborrea — grassa o secca — si applicherà l'olio di ricino o la glicerina.

Ringrazio. Con stima.

Dott. Alessandro Prati.
Pavia (N. 673).

In generale si associa l'acido salicilico al solfo e si adopera una pomata solfo-salicilica con vaselina. Le frizioni con questa pomata si faranno lo stesso giorno ed immediatamente dopo quelle con spirito saponato alcalino.

L'olio di ricino o la glicerina si adopereranno sempre, per correggere l'azione troppo digrassante delle così dette « acque per capelli » di cui abbiamo dato qualche formula nelle precedenti risposte e nelle quali vi è sempre dell'alcool. La loro proporzione (sino al 7 %) varierà da individuo a individuo, a seconda del tipo della seborrea, se cioè secco o grasso.

Queste naturalmente non sono che norme schematiche: al medico intelligente spetta poi il sapersi regolare nel trattamento dei singoli casi a seconda della forma dell'affezione e sopratutto della sensibilità di ciascun soggetto all'azione dei vari medicamenti che si adoperano.

V. MONTESANO.

(201) *Per la diagnosi delle affezioni intestinali.* — Sarei molto grato se a mezzo della « Posta degli abbonati del Policlinico » mi si potesse rispondere ai seguenti quesiti:

Con quali sintomi al letto dell'infermo si può fare la diagnosi di sede anatomica dell'infezione intestinale o meglio come si fa la diagnosi differenziale fra enterocolite acuta infettiva non specifica, fra colite acuta infettiva non specifica, fra enterite acuta non infettiva specifica e anche fra imbarazzo gastrico febbrile.

Prego ancora cotesta « Posta degli abbonati » spiegarmi che cosa ne pensa della *typhobacillosi* del Landouzy che nega l'infezione intestinale come entità morbosa e asserisce essere questa il più delle volte una forma lieve di setticemia tubercolare? Questa opinione è condivisa anche da U. Arcangeli che invece di *typhobacillosi* vorrebbe si chiamassero *criptotubercolari* tali setticemie tubercolari.

Eppure nel XIII Congresso francese di medicina (13-10-1912) si ammisero le coliti acute infettive non specifiche.

Prata d'Ansidonio

Marco de Vincentis
Abbonato n. 2838.

Impossibile rispondere a tutti i suoi quesiti nella posta degli abbonati; le consigliamo un ottimo libro moderno: *Trattato di medicina e terapia di Gilbert e Thoinot*, il vol. 17°, *malattie dell'intestino*, L. 10.50. Unione tipogr. editr. torinese, Torino.

Circa la tifobacillosi di Landouzy si può dire che con una pessima denominazione è indicato un *fatto clinicamente sicuro:* l'esistenza cioè di setticoemie tubercolari a forma tifosa; volere identificare con questa nuova entità morbosa tutte le infezioni febbrili acute a patogenesi ignote che vanno sotto la denominazione di febbri intestinali, gastroreumatiche, è certamente un'esagerazione che non risolve il problema ma deforma l'errore cambiando nome al cestino patologico. Non vi sono sufficienti dimostrazioni cliniche e di laboratorio per sostenere tale ipotesi; le febbri suddette probabilmente non tubercolari, nè quasi certamente intestinali, attendono ancora una spiegazione, frutto di serena ricerca e non di facile analogia. *t. p.*

(202) *Cura empirica della sciatica.* — A completare la rivista dei mezzi empirici per la cura della sciatica reumatica, credo utile richiamare il metodo forse più antico di tutti e che ho visto dare buoni risultati.

In un prato di vecchia data nel mese di maggio od in autunno si scelgano pianticelle dette di « ranunculus scelleratus » (pe' d'asen), che ha i fiori di color giallo (1).

(1) In altre stagioni si può procurare dal farmacista.

Si raccolgano le foglie e si lavino per bene in acqua sterile o meglio ancora in acqua ossigenata.

Si sminuzzino tali foglie ben bene con un coltello in modo che insieme ad aceto buono si formi una poltiglia o pasta che si mette in un bicchiere e si preme per darle la forma del calcagno.

La si applica poscia sul calcagno (e non posteriormente) per 24 ore ponendovi sopra pezze di tela.

In chi cammina scalzo la pelle callosa stenta a sollevarsi con una sola applicazione, per cui ne occorrono 2-3.

Si toglie e si applica garza e cotone e si ripete (per le prime ore) la medicazione ogni ora e si deve cercare che la piaga continui a gemere per circa 30 giorni.

TOGLIANI dott. COSTANTINO
Revere. abbonato n. 8914.

VARIA

I pesci in medicina. — Nell'antichità i pesci furono spesso considerati come animali sacri. Molte religioni li accolsero nel loro simbolismo mistico. L'ictiomanzia prediceva il futuro dall'esame dei visceri dei pesci.

Divennero anche un simbolo cristiano, sia perchè associati ad alcuni miracoli di Gesù Cristo, sia in causa del curioso acrostico mediante il quale 'ΙΧΘΥ'Σ forma le iniziali del nome e dei titoli del Salvatore.

Dalla religione i pesci passarono in medicina, poichè la medicina antica era eminentemente sacerdotale. Sembra che già ai tempi di Asclepiade si annettesse loro un significato medico, il quale però in seguito andò perduto.

***

Nella medicina odierna i pesci han dato il loro nome greco alla *ictiosi*, quella rara malformazione scagliosa della cute che i tedeschi indicano col delizioso nome di « Fischschuppenauschlag ».

I nomi di derivazione piscatoria sono più frequenti nella materia medica anzichè in patologia.

Anzitutto è da ricordare l'*ictiolo*, olio trasparente giallo-brunastro, dotato di fluorescenza verdemare, viscido, di odore bituminoso, di sapore sgradevole, solubile nell'acqua, miscibile agli olii ed alla vaselina. Chimicamente è il sale ammoniacale di un acido sulfonico: sulfo-ittiolato di ammonio.

Viene preparato per distillazione da uno schisto bituminoso che si trova negli strati cambriani del Tirolo ricchi di pesci fossili. Da ciò il nome.

Questo ottimo rimedio antisettico, dermoplastico e risolvente fu introdotto nella pratica dermatologica da Unna nel 1812; è stato largamente adottato anche dai ginecologi e dai rino-laringologi; ultimamente sarebbe stato riconosciuto utile per il tratttamento delle ferite (glicerina ittiolata al 10%); se n'è tentato l'uso anche per via interna.

I fabbricanti d'ittiolo preparano molti prodotti derivati (ictalbina, ictargolo, ictargano, ictiogeno, ictiormolo, ictiosoto, ictiolato di magnesia, ictiolidina, ictioformio, ecc.), i quali hanno applicazioni svariate.

***

Di derivazione latina è la *piscidia*. Questo nome denota una sostanza proveniente dalla « Piscidia erytrina », arbusto della famiglia delle leguminose che cresce nelle Indie, nelle Antille, nella Giamaica. Gli indigeni ne usano le foglie, i rami e la corteccia per stupefare i pesci e facilitarne la cattura: da ciò il nome generico della pianta, mentre il nome specifico deriva dal color rosso dei fiori.

La corteccia della radice di piscidia viene usata terapeuticamente come analgesico, narcotico, diaforetico e lassativo.

Si tratta di un rimedio molto maneggevole.

È stato raccomandato in specie nei dolori uterini, nell'emicrania, nelle nevralgie, nell'insonnia, nei delirî, nella tosse dei tisici, nella pertosse; la tintura è stata adoperata localmente contro l'odontalgia.

Principio attivo della droga è la *piscidina*, la cui azione farmacologica consiste nel paralizzare i gangli sensoriali dei nervi spinali, eccitare i centri motori del midollo, deprimere il cuore e produrre l'ipnosi. È stata preconizzata contro tutte le affezioni poc'anzi accennate.

***

Con lo scopo di avvelenare e catturare i pesci, da noi si usano invece le coccole di Levante, ossia i frutti di varî arboscelli rampicanti, indigeni delle coste indiane e dell'arcipelago asiatico australiano, appartenenti alla famiglia delle *Menispermacee*.

Con coccole di Levante e mollica di pane si prepara una pasta della quale i pesci sono molto ghiotti. Subito dopo essersene cibati presentano movimenti irregolari e convulsivi e da ultimo galleggiano perchè la vescica natatoria paralizzata si riempie d'aria e non può più vuotarsi. A questo comportamento dànno importanza i medici legali per ricercare l'avvelenamento da picrotossina, prodotto nell'uomo sia dai pesci catturati con coccole di Levante, sia dall'uso di birra resa amara con questa droga; all'uopo fanno uso dei ciprini o pesci dorati.

Costituente attivo della droga è la *picrotossina* o *coccutina*, cristallizzabile, amarissima. È un ve-

leno molto attivo; determina vertigini e convulsioni, eccita e poi paralizza i centri bulbari. Si è usata terapeuticamente a milligrammi nelle contratture, nell'epilessia, ecc. Risulta di due principii chimici definiti.

Per catturare i pesci si ricorre anche al *cloruro di calcio*. I pesci uccisi con questa sostanza sono molto putrescibili e quindi procurano facilmente turbe gastro-enteriche. Lo stesse comportamento si osserva per quelli presi mediante la dinamite.

L'igiene e l'economia pubblica concordano dunque nel proibire tutte queste forme di pesca che spopolano le nostre acque dolci.

***

I pesci ci forniscono uno dei migliori medicinali, l'*olio di fegato di merluzzo*.

Era in uso tra i pescatori del Nord molto prima che fosse introdotto in medicina, al principio del secolo scorso.

Quello depurato, il migliore, è di colore giallo pallido delicato, di odore e sapore speciali; viene estratto dai fegati freschi di « Gadus morrhua » e di parecchie altre specie di merluzzi. Contiene tracce di iodio, bromo, fosforo e colesterina, acido morruico e varie basi organiche volatili e fisse, ma la sua efficacia terapeutica non sembra essere legata a questi principî, bensì all'assimilabilità maggiore di quella che presentano altri grassi animali.

Dall'olio di fegato di merluzzo si ottiene il *gaduol* o *morrol*, un estratto alcoolico, liquido, oleoso, giallo-bruno, amaro, che avrebbe le stesse indicazioni.

Il *gadil* è una delle solite specialità composte; contiene come menstruo l'olio di fegato di merluzzo.

Succedaneo dell'olio di fegato di merluzzo è l'*olio di squalo*, con cui viene spesso mescolato.

***

Tra i prodotti forniti dai pesci alla materia medica troviamo ancora l'*ictiocolla* o *colla di pesce*, sostanza gelatinosa ottenuta dalle vesciche natatorie secche di « Acipenser huso » e di parecchie altre specie di storioni che abbondano nel Caspio, nel mar Nero e nei loro affluenti principali.

Si gonfia in acqua fredda, si scioglie in acqua bollente e la soluzione raffreddandosi si rapprende in una massa gelatinosa. È solubile anche in alcool diluito, non lo è in alcool concentrato.

Spalmando una soluzione d'ittiocolla su di un tessuto fitto di seta i farmacisti preparano le varie specie di taffetà.

Si adopera l'ittiocolla anche per confezionare fasciature contentive, per allestire coni ed ovoidi vaginali, suppositori, capsule gelatinose e sovratutto dischi e lamelle gelatinose contenenti varie sostanze medicinali come lo iodio.

Dal fegato di vari pesci si ottiene il *gadosio*, sostanza grassa che ha quasi la stessa composizione e le stesse proprietà della lanolina; assorbe fino a 250 parti di acqua; è stata raccomandata per preparare l'unguento mercuriale.

A titolo di curiosità ricordiamo infine che le sarde e le aringhe salate sono un rimedio popolare delle bronchiti, del reumatismo e della gotta, a condizione però di... non ripulirle.

Si è ammesso che la loro azione antireumatica fosse dovuta a *trimetil-* e *propil-amina*, presenti nella salamoia. Queste sostanze sono state estratte distillando la salamoia e usate in terapia contro le affezioni reumatiche, prima che si conoscessero i salicilici, la fenacetina, ecc. Oggi sono abbandonate.

***

I pesci interessano il medico non soltanto nel dominio della patologia e della terapia.

Come *articolo dietetico* essi costituiscono un eccellente sostituto della carne.

Quasi tutti i pesci del mercato sono di facile digestione e tutti sono molto nutrienti.

Si è preteso che una alimentazione troppo ricca di pesci (nella Cina, nelle Indie) possa predisporre alla *lebbra*, come pure che i pesci possano conferire direttamente la malattia. Ma le ricerche epidemiologiche e batteriologiche hanno confutato questo errore.

Alcuni pesci delle acque dolci sono in grado di conferire all'uomo la *tenia* detta *Bothriocephalus latus*. Sconosciuto nell'Italia meridionale e centrale, questo parassita si riscontra in quella settentrionale, ove i grandi laghi ne sono infestati. Le cisti si ritrovano quasi esclusivamente sotto la cute dei pesci colpiti; quindi la trasmissione del parassita all'uomo ha luogo solo se la cottura è stata del tutto insufficiente.

Nei paesi ove si consumano i pesci crudi, come nelle Puglie, essi sono stati incriminati di trasmettere le malattie infettive che si contraggono per la via gastro-intestinale, sopratutto il *tifo* e il *colera*.

Di alcuni pesci sono sicuramente velenose le carni (per es. della « Meleta venenosa »), od anche certe parti, come le uova o il sangue (quello di anguilla per iniezioni è fortemente emolitico, come dimostrò Mosso). Di alcuni pesci sarebbero velenose le punture dei raggi che compongono la prima pinna dorsale (molti acantopterigi), ovvero le punture delle parti acuminate del preopercolo.

Ma il nostro articolo va divenendo troppo lungo. Preferiamo di rimandarne la continuazione ad un altro numero.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prefazione al Libro di premio per l'anno 1913 **" COMPENDIO DI GINECOLOGIA MODERNA ".**

L'Editore del « Policlinico » va acquistando ogni anno nuovo titolo alla gratitudine degli abbonati al suo giornale, mediante la pubblicazione ed il dono di questi compendî, nei quali furono sino ad ora raccolti sapientemente gli argomenti più importanti e più utili della pratica medico-chirurgica.

Questo anno viene presentato agli abbonati un « Compendio di ginecologia » e la compilazione ne venne affidata ad un ottimo collega, intelligente ed abile, il dott. Raniero Cinaglia, chirurgo dell'ospedale di Amandola in provincia di Ascoli Piceno. Con giusto discernimento il dott. Cinaglia ha raccolto dagli insegnamenti dei migliori maestri di ginecologia ed ha ben ordinato le nozioni scientifiche e pratiche per questa compilazione, che — io penso — deve giungere ben accetta ai medici pratici.

***

Quello che fu detto da molti per l'ostetricia, può essere ripetuto per la ginecologia. Degli insegnamenti infatti dell'una e dell'altra branca medica, così strettamente collegate, alcuni debbono essere riservati agli ostetrici ed ai ginecologi eletti, ai veri cultori della specialità ostetrico-ginecologica; debbono altri di quegli insegnamenti esser corredo sicuro della mente e della pratica di tutti i medici-chirurgi e specialmente di quelli che si trovano a dar l'opera loro nelle condotte lontane dalle grandi città.

Se deve essere regola indiscussa per il medico pratico, che abbia retta coscienza, di non cimentarsi in quelle operazioni di alta ginecologia, che richieggano una virtuosità di tecnica, che solo può possedere chi ha la mente e la mano abituate per quei difficili interventi, non è men vero che egli debba potere eseguire quelle operazioni ginecologiche, che hanno carattere di pronto soccorso. Si pensi per questo alle condizioni nelle quali si deve trovare il medico pratico di fronte al minaccioso pericolo di una crisi da gravidanza tubarica, che richiegga l'immediato intervento operativo, di fronte alle gravi condizioni nelle quali può esser posta una sofferente per un ascesso parametrale, che debba essere aperto e vuotato, di fronte ad una profonda lacerazione, ad una minacciosa raccolta sanguigna delle pareti vaginali, per le quali urgano immediati provvedimenti. E non diciamo di molte altre condizioni dell'esercizio professionale ginecologico, che hanno carattere di pronto soccorso.

Deve il medico pratico anche nella lontana condotta saper dare quelle cure ginecologiche più comuni e più semplici, che le pazienti non possono procurarsi recandosi nelle grandi città. Si ponga mente a tutte quelle lesioni dell'apparecchio genitale femminile, deviazioni uterine, flogosi più o meno profonde, irregolarità mestruali e mille altre, le quali, se non hanno adatta cura, mantengono le pazienti in uno stato continuo di semi-infermità, che le rende sempre sofferenti e le toglie sempre più dal governo della casa e dei figli, dalla vita coniugale.

Ben disse con dotta parola in un'inaugurazione di un Congresso ostetrico-ginecologico il prof. Leonardo Bianchi, lo psichiatra illustre: « la tristezza di una donna malata si riflette sul « tono morale del marito e sull'educazione dei « figli: una donna sana, a condizioni uguali, « imprime una nota di equilibrio e di forza alla « propria famiglia ». E bisogna riconoscerlo: quante donne sono rese inadatte alla opera loro di moglie e di madre per continue anche lievi infermità, che in certi luoghi non trovano adatte, speciali cure?

Il numero di queste sofferenti deve pertanto diminuire proprio per l'opera ginecologica corretta dei medici pratici, dei medici condotti, che debbono dare sempre più l'attenzione della loro mente eletta a queste pazienti troppo spesso trascurate, perchè ritenute o poco malate o malate di lesioni che richieggano troppo lunghe e pazienti cure.

Nel campo ginecologico il medico pratico ha inoltre un alto e nobile indirizzo da dare alla sua attività: egli deve prendere parte alla lotta contro il cancro dell'utero: egli deve fare la più attiva propaganda nella sua condotta medica per diffondere gli insegnamenti circa i primi sintomi del male e quando questi appaiano, anche oscuri e dubbi, egli deve sapere e poter praticare quegli esami che conducono più facilmente verso la diagnosi precoce del cancro: egli deve persuadere energicamente le pazienti, anche per il solo sospetto diagnostico della insidiosa neoplasia, a recarsi nei grandi centri, invian-

dole al ginecologo-operatore ben scelto, per affidare a lui e la diagnosi e la cura immediate, in tempo utile. La guarigione operativa permanente del cancro è strettamente legata alla diagnosi precoce del male ed a questa diagnosi precoce molto può contribuire il medico pratico.

***

Con l'intendimento che in questo Compendio non mancasse l'indirizzo moderno della ginecologia pratica, quale con fugaci ed incompleti cenni ho qui indicato, ho creduto di accettare l'invito dell'Editore del « Policlinico » di rivedere il bel lavoro del collega Cinaglia ed è così che ho avuto l'occasione di aggiungere ad esso quei capitoli che mi parve meglio rispondessero al detto moderno indirizzo e mettessero il medico pratico in migliori condizioni per l'utile esercizio professionale ginecologico.

CESARE MICHELI.

***

N. B. — I signori abbonati scuseranno se per circostanze affatto indipendenti dalla nostra volontà, quest'*unica* volta abbiamo dovuto ritardare la spedizione del premio annuale oltre il consueto.

In compenso essi guadagneranno nella bontà del libro il quale, mercè l'opera volenterosa e sapiente del prof. Micheli, ha acquistato pregio e utilità maggiore, sì da soddisfare ogni particolare esigenza del medico pratico in materia di ginecologia. E questo è stato il motivo del lunghissimo ritardo, che per noi fu causa di noie e di spese non indifferenti, le quali, speriamo, ci saranno compensate dalla benevolenza e dal compatimento degli abbonati per un fatto che, promettiamo, non si ripeterà più.

Il premio del 1914, di cui abbiamo già pronto il manoscritto, sarà regolarmente spedito entro il primo trimestre dell'anno nuovo. E così avverrà anche per il premio del 1915, alla compilazione del quale già attende fin da ora un valoroso medico.

L'Editore
Prof. E. MORELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

H. RIEDER u. J. ROSENTHAL. **Lehrbuch der Röntgenkunde.** Band I. Leipzig, Verlag Johann Ambrosius Barth, 1913, Mk. 25.

Il medico non radiologo, che desideri pigliare conoscenza della diagnosi radiologica o formarsi un concetto di quello che il nuovo metodo può dargli sia dal lato « indagini » che dal lato « terapia », si trova a dover compulsare trattati troppo estesi, famigliarizzarsi coi quali gli costerebbe un lavoro esorbitante i confini del modesto scopo che si propone. Pure il medico radiologo, quando gli occorra orientarsi rapidamente in quei campi che a lui sono meno noti, si trova dinanzi alla stessa difficoltà.

La lacuna che ogni medico amante della propria cultura non può a meno di aver sin qui lamentato, viene ora colmata da un trattato in due volumi che Rieder e Rosenthal, due nomi tra i migliori della radiologia tedesca, hanno dato alle stampe in collaborazione con altri distinti radiologi: *Lehrbuch der Röntgenkunde*, edito da Johann Barth, Lipsia. Il primo volume, di 600 pagine, si apre con un'esposizione piana e chiara di Rosenthal sulla fisica dei raggi X, e ad essa fanno seguito, distribuite in altrettanti capitoli in modo armonico e ben proporzionato, le varie parti della radiologia nei riguardi dei vari apparati organici. Nulla è trascurato di ciò che la novella scienza offre di utile e positivo: così troviamo ampiamente esposto l'impiego della radiologia nel campo chirurgico e nell'ortopedia; vi fa seguito un capitolo di radiologia dentaria e dei mascellari; con speciale competenza Rieder tratta della diagnostica polmonare, Kraus quella della pleura e del diaframma, Dietlen quella dell'apparato vascolare. Non meno diffusamente, e ben se ne comprende l'opportunità, è svolto il capitolo dell'apparato digerente: esofago, stomaco, intestino, da autori che da anni si occupano specialmente di questo dato campo.

Chiude il primo volume il capitolo sulla radiologia dei reni e degli ureteri. Troviamo ancora nel testo quasi 500 figure a linea, accurate e nitide, in cui la parte sostanziale si rileva a colpo d'occhio.

Questa nelle sue linee generali l'impostazione del primo volume, e ci auguriamo, indicando il nuovo trattato ai colleghi studiosi, che il secondo volume, di prossima uscita, in cui dovranno trattarsi parti non meno sostanziali, quale, ad esempio, la terapia röntgeniana, sia all'altezza di quello che ci sta dinanzi: di ciò del resto ci dà affidamento la serietà dei nomi che dirigono e collaborano nell'opera. P. M.

M. Faulhaber. **Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten.** Halle a. S., Carl Marhold. Mk. 1.50.

Il Faulhaber in questo manuale della collezione Albu e che è il complemento di quella da lui pubblicata sulla radiologia dello stomaco, espone in una forma chiara tutto che vi è di assodato per la diagnostica radioscopica delle malattie intestinali. Dopo una esposizione della morfologia e della topografia dell'intestino viene a parlare della sua funzione motoria studiata coll'aiuto dei raggi X; poi nella seconda parte svolge la patologia intestinale. Il manuale che racchiude in piccola mole tutte le nozioni indispensabili al medico colto ha 36 figure originali che illustrano ciò che l'A. colla sua speciale competenza espone nel testo.

P. Alessandrini.

Dott. Vito Massarotti. **Il suicidio — nella vita e nella società moderna.** (Sua etiologia, patogenesi, sintomatologia e profilassi). Roma. B. Lux, editore, 1913, vol. di pag. 333; con 20 grafiche intercalate nel testo, lire 5.

L'A. cogliendo i dati dalla vita sociale odierna, mette insieme circa 4000 casi di suicidi; sui quali, dopo una rapida corsa attraverso la parte storica del suicidio, impianta un vero e proprio studio clinico del fenomeno studiandone la etiologia nella sua espressione sociale, religiosa meteorologica, individuale; la patogenesi attraverso le malattie mentali, le passioni, la paura, ecc.; la sintomatologia nei vari suoi aspetti, luogo, mezzo, lettere, suicidi doppi, omicidio-suicidio, suicidi precoci, ecc. per poi giungere a delle considerazioni profilattiche sociali ed individuali sul suicidio.

Il lavoro è una esposizione completa di tutti i lavori precedenti e dello stato attuale della quistione, ha una ricca bibliografia e come scopo precipuo si propone di dimostrare, che il suicida è solo colui che per squilibrio permanente o transitorio mentale, coadiuvato da cause sociali, meteoriche, familiari, ecc. toglie con mezzo diretto ed indiretto, con atto positivo o negativo a sè stesso la vita.

E. M.

V. Giuffrida-Ruggeri. **L'uomo attuale. Una specie collettiva.** 1 vol. in-8 di pag. 191, con tavole, figure e una carta. Milano-Roma-Napoli, Società Editrice Dante Alighieri, 1913. L. 6.

Con copia ingente di dati e competenza eccezionale, il valente antropologo napoletano comprova, definisce e lumeggia il concetto della *unità* della nostra specie, nel senso che questa si è differenziata da un tipo unico già molto evoluto per modo che i gruppi umani meglio caratterizzati sono da considerare quali specie elementari o sottospecie comprese in una specie collettiva — l'« Homo sapiens ».

F. G.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Gallo N. Ipertrofia tonsillare e sua cura. Trenta tonsillotomie. — Biella, 1913.

Raspolini Luigi. Dispensario gratuito Regina Elena per le malattie dei bambini nella Spezia. Resoconto morale-sanitario dell'anno 1912. — La Spezia, 1913.

Ligorio E. Ospedale civile di Venezia e Istituti dipendenti. Statistica e relazione sanitaria pel biennio 1911-12. — Venezia, 1913.

Montesano V. Dermatiti di origine professionale. — Roma, 1913.

Dori L. Contributo allo studio dei lipomi multipli. — Milano, 1913.

D'Alessandro F. Occlusione intestinale. — Laparatomia. — Napoli. 1913.

Trotta G. e Cantieri C. I processi suppurativi nella febbre Mediterranea. — Firenze, 1913.

Vidoni G. Su le alterazioni aortiche negli alienati giovani. — Genova, 1913.

Casarotti E. Anchilostomiasi-infortunio od anchilostomiasi-malattia professionale? — Milano, 1913.

Celli A. La diffusibilità dei germi patogeni. — Torino, 1913.

La Torre F. Degli intimi rapporti del peritoneo con il tessuto muscolare dell'utero. — Città di Castello, 1913.

Quadri G. Tentativi di applicazione dei metodi anafilattici alla diagnosi della anchilostomiasi. — Genova, 1913.

Quadri G. Splenomegalia emolitica con ittero acolurico intercorrente — Palermo, 1913.

Baglioni S. Die Hautreflexe der Amphibien (Frosch und Kröte). — Wiesbaden, 1913.

Cinaglia R. Un caso di torsione intraaddominale dell'omento. — Milano, 1913.

Alhaique A. Su tre casi di lussazione complicata. — Napoli, 1913.

Modigliano E. Una nuova teoria sulla guarigione delle malattie ed una buona promessa per la scomparsa della tubercolosi. — Napoli, 1913.

Vignolo Q. Mobilizzazione basale del meso-colon pelvico per ristabilire la diretta continuità intestinale nelle resezioni del colon iliaco e porzione terminale del colon discendente. — Napoli, 1913.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La Società di medicina legale e l'abilitazione all'esercizio professionale. — Il Consiglio della Società di medicina legale di Roma, adunatosi sotto la presidenza del prof. comm. A. Tamburini, dopo lunga discussione « sulle proposte della Commissione reale per il riordinamento degli studi superiori » concernenti la facoltà di medicina e di giurisprudenza e in special modo l'insegnamento della medicina legale, ha votato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio della Società di medicina legale in Roma, prese in esame le proposte fatte dall'on. ministro della pubblica istruzione dalla Commissione nominata per la riforma universitaria;

nel mentre ritiene che la proposta di stabilire una distinzione tra il dottorato in medicina e l'abilitazione all'esercizio professionale, riuscirebbe dannosa alla medicina pratica;

rilevando che nel programma per conseguire il diploma per l'esercizio professionale, fu omesso l'insegnamento della medicina legale:

deplora questa esclusione che è in contrasto con gli interessi della Società, della giustizia e dell'odierno progresso scientifico e non meno deplora che nel programma degli studi della facoltà di giurisprudenza, l'insegnamento della medicina legale sia limitato ad un solo semestre, disposizione che sarebbe in contrasto evidente colla necessità ogni giorno maggiormente sentita nell'esercizio delle professioni forensi, di una cultura sempre più approfondita in tale disciplina ».

Associazione nazionale dei medici ospedalieri. — L'ufficio di Presidenza si è adunato il 26 novembre.

Il presidente dà notizie circa la diffida del concorso al posto di chirurgo primario dell'Ospedale S. Salvatore di Pesaro, e legge alcune lettere di concorrenti, disposti a ritirarsi dal concorso.

Su denuncia di una Sezione, vengono esaminate le condizioni del bando di concorso al posto di assistente nell'Ospedale di Tortona, e dopo esauriente discussione, pur riconoscendo che le condizioni predette potrebbero essere migliori, il Consiglio ritiene che non vi sieno gli estremi assoluti per proclamare la diffida.

Si legge il bando di concorso al posto di chirurgo primario dell'Ospedale congregazionale di Modena.

Tra le condizioni maggiormente lesive degl'interessi e del decoro professionale, vi sono il compenso in forma di gratificazione di lire 500 annue, il limite di 40 anni di età; il divieto di prestare servizio in case private di cura.

Senza discussione, il Consiglio, all'unanimità, delibera la diffida del concorso, incaricando la Presidenza di dare alla deliberazione la maggiore diffusione possibile.

Si provvede a dare esito ad una richiesta della Sezione bolognese e la seduta è tolta.

Federazione nazionale dei sanitari addetti alla V. I. - Congresso nazionale. — Contemporaneamente all'assemblea generale della Federazione si riuniranno in Roma a convegno gli ufficiali sanitari capi di uffici d'igiene, mentre i sanitari addetti agli uffici d'igiene convocheranno l'assemblea della loro Associazione nazionale.

La riunione assurge quindi all'importanza di un Congresso nazionale del personale sanitario addetto alla vigilanza igienica, il quale è chiamato a discutere e deliberare su vari argomenti d'interesse professionale e scientifico.

Il Congresso avrà luogo nella sede dell'Ordine dei medici (piazza Foro Traiano, n. 1).

Ai congressisti saranno concessi speciali ribassi ferroviari.

Per schiarimenti rivolgersi al segretario dottor Giovanni Palomba, via Marche, 72, Roma.

Ordine dei medici della provincia di Palermo. — La presidenza dell'Ordine ha deliberato di comunicare a tutti i presidenti degli Ordini dei medici del Regno le seguenti deliberazioni:

1° di rivolgersi alle autorità competenti e far voti perchè nelle Commissioni di accertamento della ricchezza mobile vi sia un rappresentante degli ordini dei sanitari;

2° di invitare tutti i Consigli degli Ordini dei medici del regno ed appoggiare col loro voto il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Palermo,

Considerando, che l'art. 85 del regolamento per l'esecuzione della vigente legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, col ritenere gli ambulatori annessi alle farmacie quali istituti di cura rende più facile trasgredire al disposto dell'art. 24 della legge 22 dicembre 1888 che vieta qualsiasi convenzione dei sanitari con i farmacisti sulla partecipazione agli utili della farmacia;

considerando che l'ambulatorio annesso alla farmacia apre l'adito all'esercizio cumulativo della medicina e della farmacia, che parimenti è vie-

tato dallo stesso art. 54, e che per lo meno con questa annessione si verrebbe a facilitare l'inframmettenza del farmacista nell'esercizio della medicina;

fa voti perchè sia soppresso l'art. 85 del regolamento per l'esecuzione della legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica approvato con R. Decreto 3 febbraio 1901 ».

G. DONZELLO.

Associazione medici-igienisti del comune di Roma. — Nell'assemblea generale tenuta il 22 novembre, dopo aver discusso in merito alla riforma dei servizi attuata nell'ufficio d'igiene di Roma, l'A. nominò una commissione composta del presidente dott. Rocchi Vincenzo e dei dottori Olivieri e Nardelli coll'incarico di far pratiche presso il direttore ed il futuro regio Commissario onde ottenere che la riforma stessa sia accompagnata almeno da quel miglioramento economico consentito dalle economie risultanti dalla riduzione del personale sanitario.

In merito poi alla prossima assemblea dell'Associazione nazionale, si occupò delle relative elezioni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE

(4159) *Concorso per nomina a medico condotto.*— Il Dott. F. A. da S. C. desidera conoscere se un medico che è consigliere comunale deve dimettersi nell'atto che presenta la domanda al concorso o quando è nominato.

Le dimissioni dalla carica di consigliere comunale debbono esser date ed accettate appena che la Commissione giudicatrice abbia emesso il suo voto e lo abbia come idoneo incluso nella graduatoria. È il Consiglio comunale che deve essere nella sua scelta lasciato completamente libero e scevro di ogni qualsiasi anche più lontano senso di convenienza o di riguardo. Chi è Consigliere comunale, d'altra parte, può pur senza dimettersi prendere parte al concorso, potendo in alcuni casi l'inclusione nella graduatoria essere procurata per semplice titolo professionale.

(4160) *Sessennii - Congedo - Vaccinazione.* — Il Dott. abbonato n. 2349 chiede conoscere l'epoca in cui vi sia diritto all'aumento sessennale stabilito da un capitolato approvato nel 25 giugno 1908, mentre egli è in carica dal 15 aprile 1906. Desidera anche conoscere in qual modo si possa osservare la disposizione del capitolato che impone al condottato di presentar al Comune il sanitario interino durante il congedo e se a costui debba essere ceduto il proprio cavallo. Chiede, infine, conoscere se per l'adempimento dell'obbligo della vaccinazione possa richiedere dal Comune il rimborso delle spese di trasporto fra le varie e distanti frazioni, in cui è la condotta divisa.

Se nel capitolato approvato non esista alcuna disposizione transitoria, che ne retrotragga l'applicazione all'epoca della di Lei nomina a medico condotto, il periodo sessennale comincia per Lei a decorrere dalla data della effettiva approvazione di esso capitolato da parte della G. P. A. e cioè dal 25 giugno 1908. Allorchè fu redatto il nuovo capitolato avrebbe dovuto reclamare contro la disposizione che metteva a suo carico l'obbligo di presentare il supplente di soddisfazione della Amministrazione comunale, giacchè tale obbligo, in caso di attrito, avrebbe potuto costituire una ragione per negarle indirettamente il congedo. Ora che tale disposizione esiste e non è stata a suo tempo impugnata, bisogna osservarla. Non è obbligato a cedere il proprio cavallo all'interino. Poichè l'annuale congedo deve essere usufruito senza alcun aggravio a carico del sanitario, deve il Comune corrispondere al supplente la spesa occorrente per la cavaleatura durante l'interinato. Essendo provveduto di uno speciale assegno pee la cavalcatura troveremmo ingiustificata la domanda di compenso per le spese di trasporto occorrenti per il disimpegno del servizio di vaccinazione.

(4161) *Supplenze durante i congedi.* — Il Dott. A. T. da C. desidera conoscere se sia legale l'obbligo imposto dal Comune ai due sanitari che ora esercitano la condotta di sostituirsi vicendevolmente e gratuitamente durante le assenze e per i congedi ordinarî.

L'obbligo della supplenza reciproca e gratuita può essere imposto nel capitolato di prima nomina in base al quale si espleta il concorso, ma non può essere imposto, senza violazione evidente di diritti acquisiti, a chi, come Lei, è da diversi anni nella condotta e non ha mai sostenuta un simile onere. Faccia le sue rimostranze al Sindaco e qualora nulla ottenga, produca formale ricorso al governo del Re contro il provvedimento tutorio con cui il nuovo capitolato era approvato.

(4164) *Consorzio sanitario.* — Il Dott. L. B. da F. chiede conoscere se, contro il decreto del Prefetto che istituisce coattivamente un consorzio sanitario sia concesso al medico stabile che si senta leso il diritto di ricorrere e nella affermativa a quale autorità.

Al medico interessato stabile non è dato diritto a ricorrere contro il decreto del Prefetto che istituisce di ufficio un consorzio sanitario. Tale facoltà è concessa solamente al comune. Esso deve dimostrare che l'istituendo consorzio fa diminuire o rende meno efficace, secondo le varie contin-

genze locali, il servizio di cura e di assistenza dei poveri. Il ricorso deve essere proposto entro 30 giorni dalla notificazione al Ministro dell'Interno che decide definitivamente sentito il Consiglio superiore di sanità ed il Consiglio di Stato.

(4166) *Assenza abituale quotidiana dal Comune.* — Il Dott. R. P. da F. d'A. chiede conoscere se il Comune abbia il diritto di rifiutargli il permesso di assentarsi ogni giorno per tre o quattro ore dalla residenza per recarsi in famiglia, non ostante egli possa essere durante l'assenza temporaneamente sostituito da un medico viciniore, e se tali assenze, fatte contro il divieto del Comune, possono costituire giustificato motivo di licenziamento.

A prescindere dalla disposizione contenuta nel capitolato secondo cui l'assenza anche temporanea di un sol giorno senza il consenso della Amministrazione è vietata, non possiamo ritenere che nel rifiuto opposto dalla Giunta si debba scorgere una violazione di un suo diritto. È naturale, anzi, che il Comune non aderisca alla assenza abituale e quotidiana del proprio medico, perchè ogni impiegato deve osservare scrupolosamente l'obbligo della residenza costante. Nè vale l'indicazione da Lei fatta dello eventuale sostituto perchè costui non risiede neppure sul posto. Le assenze fatte contro il divieto del Municipio potrebbero costituire materia di punizioni disciplinari ed, in caso di recidiva, anche di licenziamento.

(4168) *Pensione - Obbligo di iscrizionn alla Cassa di previdenza.* — Il Dott. V. R. da V. desidera conoscere se anche oggi nominato regolarmente in base a concorso possa rifiutare l'iscrizione alla Cassa di previdenza, come fece nel 1898 allorchè fu pubblicata la legge sulle pensioni dei medici condotti.

L'iscrizione alla Cassa di previdenza è obbligatoria per tutti i medici condotti regolarmente nominati dai Comuni. L'art. 28 della legge del 1898 che lasciava liberi di aderire alla Cassa i medici già stabili con servizi anteriori, ora più non esiste e non può essere, quindi, invocato. Il detto articolo costituiva una disposizione transitoria, che fu sostituita da altra nel nuovo testo di legge del 2 dicembre 1909.

Ella ha ora l'obbligo di rimanere iscritto alla Cassa.

(4169) *Modifiche al capitolato - Aumento di stipendio, modalità della relativa deliberazione.* — Il Dott. D. G. da A. chiede conoscere se la modifica al capitolato con cui si aumenta lo stipendio al medico condotto in carica debba essere presa con votazione segreta o con votazione per alzata e seduta; se sia passibile di penalità il sindaco che ingiustificatamente si rifiuta di fare inserire in un verbale consiliare le considerazioni di un consigliere, se, in luogo di lui, possa essere denunziato il segretario comunale e quali sieno le modalità per l'approvazione del capitolato.

L'aumento dello stipendio al medico in carica è certamente un fatto riguardante persona e perciò deve essere deliberato, sotto pena di nullità con votazione segreta. E poichè la concessione dell'aumento non può prescindere da considerazioni di indole personale sull'impiegato, che ne è l'oggetto, anche la seduta avrebbe dovuto essere segreta. Il Sindaco, che ingiustificatamente si rifiuta di fare inserire in un verbale consiliare le osservazioni di un consigliere incorre nel reato di abuso di potere o di autorità. Non potrebbe essere punito il segretario comunale che ha obbedito, contro sua volontà, alle ingiunzioni del Sindaco. Il capitolato è approvato dalla G. P. A. previo parere del Consiglio provinciale di sanità.

(4170) *Concorsi - Copia autentica della laurea.* — Il Dott. C. T. da M. desidera conoscere se in un pubblico concorso possa essere esibito, in luogo della laurea originale o di copia notarile di essa, il certificato rilasciato dalla segreteria universitaria e se sia legale la esclusione dalla prova per tale motivo.

Allorchè nell'avviso di concorso è richiesta la produzione della laurea originale o di copia notarile della medesima, non è legale e costituisce un giustificato motivo di esclusione dalla prova, la produzione del semplice certificato universitario.

(4171) *Cassa pensioni - Contributi.* — Il Dottor E. R. da M. chiede conoscere la ragione per cui, servendo in un consorzio, paga maggior quota di contributo nel Comune che corrisponde stipendio minore e quale sarà la pensione che potrà competergli.

Vi è evidentemente uno sbaglio. Nel primo Comune paga l'intero contributo di lire 132 mentre tale somma avrebbe dovuto essere divisa proporzionalmente agli stipendi che riceve da esso e dal secondo Comune. La quota di lire 57 che paga in detto secondo Comune è superflua. Faccia istanza per rimborso all'ufficio provinciale sanitario, citando l'art. 30 del Regolamento approvato con R. decreto del 9 marzo 1899, n. 121. Perchè potessimo liquidarle la pensione che riceverà dopo 25 anni di servizio occorre che ripeta tale parte del quesito indicando l'età che avrà all'atto del collocamento a riposo.

(4173) *Servizio necroscopico.* — Il Dott. G. M da M. chiede conoscere se possa rifiutarsi dal prestare il servizio necroscopico in zone diverse dalla propria condotta, a chi, in caso negativo possa ricorrere, e se è valido un ricorso fatto dopo nove mesi al Consiglio di Stato dal Comune

che credesi leso dalla decisione della G. P. A. che aumentò lo stipendio del sanitario.

Effettivamente al medico condotto compete il disimpegno gratuito della carica di medico necroscopo. Però tale obbligo è limitato alla sola zona della propria condotta, altrimenti si trasformerebbe in un servizio prestato gratuitamente senza causa. Qualora non ottenga ragione dalle autorità adite può ben anche citare il Comune davanti l'ordinaria autorità giudiziaria per adeguato compenso. I Comuni possono ricorrere al Consiglio superiore di sanità contro le decisioni della G. P. A. con le quali si aumentò di ufficio lo stipendio del medico condotto, ma nel termine di giorni 30 dalla notificazione del provvedimento, come fu stabilito dalla circolare ministeriale del 5 maggio 1910, n. 20400.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ALESSANDRIA. *Ospedale civile.* — Medico primario; L. 1000 e percentuale proventi. Schiarimenti dalla Segreteria della Congregazione di carità. Scad. 20 dic.

AMATRICE (*Aquila*). — Due condotte a cura piena. Vedi fasc. 46. Scad. un mese dal 10 nov.

ANDRIA (*Bari*). — Medico condotto supplente; lire 1500 lorde e 3 sessenni del decimo; non più di anni 40 s. e r. Scad. 20 dic.

BANARI (*Sassari*). — Condotta; L. 3300 nette aument. Scad. 15 dic.

BAROLO (*Cuneo*). — Medico per i poveri; L. 1600 e L. 100 quale U. S., probabilità di nomina a sanitario dell'O. P. Barolo con assegno di circa L. 500, se beneviso a quell'Amministrazione. Scad. 23 dic.

BELMONTE CASTELLO (*Caserta*). Medico per la generalità; L. 2800. Scad. 15 dic.

BOLOTANA (*Sassari*). — Seconda condotta; lire 1500, 4 sessenni, 25-45 anni, s. e. r. Scad. 15 dic.

BRESCIA. *Ospedali civili.* — Medico chirurgo assistente. Rivolgersi all'Amministrazione. Scadenza 15 dic.

BUSTO ARSIZIO (*Milano*). *Civico ospedale.* — Medico chirurgo assistente; L. 1600 nette, vitto, alloggio ed altri emolumenti. Rivolgersi alla Segreteria della Congreg. di carità. Scad. 31 dic.

CASTELBELLINO (*Ancona*). — A tutto il 31 dicembre condotta semi-residenziale; L. 3000 cura poveri, L. 500 semi-abbienti; L. 100 quale U, S.; L. 500 per mezzi di trasporto, lorde; tre sessenni. Servizio entro 15 giorni. Popol. inferiore 1500 ab.

CERES (*Torino*). — Condotto; L. 2000 e L. 200 d'indennità d'alloggio. Scad. 10 dicembre.

CHIAUCI (*Campobasso*). — Condotta unica; L. 1500 per l'assistenza a 20 poveri e L. 1400 generalità, vaccinaz., arm. farm.; L. 100 all'uff. san. Ab. 1058 agglomerati. Scad. giorni trenta dal 20 nov.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Condotti pel capoluogo e le fraz. Monticello e Sasso d'Ombrone, per la generalità; L. 4000 per ciascuna delle fraz., L. 3800 pel capoluogo. Scad. 12 dicembre.

COASSOLO TORINESE (*Torino*). — Medico del Consorzio con Monastero di Lanzo per i poveri, 100 famiglie circa; L. 2000 e L. 200 quale U. S. Scad. 20 dic.

COMO. *Deputazione provinciale.* — Medico direttore del Manicomio; L. 6000 lorde dell'imposta di R. M., alloggio vuoto per sè e famiglia, illum. e riscald.; tre sessenni. Titoli scientifici e pratici. Doc. alla Segreteria non oltre le ore 16 del 15 dic.

GADONI (*Cagliari*). — Medico per la generalità; L. 3090 nette e L. 150 p. a. f., probabilità servizio miniera Ramiosa. Scad. 19 dic.

GIRGENTI. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Naro e di Favara; L. 1600 e L. 2400 lorde Età limite 45 anni al 24 nov. Scad. 26 dic.

GONNOSTRAMATZA (*Cagliari*). — Medico del consorzio con Gonnoscodina Simala; L. 3500 nette. Scad. 15 dic.

IMOLA. *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli a medico assistente dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde, alloggio nell'Istituto e vitto nei giorni di guardia. Scad. 25 dic.

LAVONE (*Brescia*). — Prorogato il concorso al 31 dicembre.

LOANO (*Liguria occidentale*). — Condotto per completare la cura dei poveri della città esercitata dall'Ospedale Civile. Ab. 4500, famiglie povere 30 circa. Stipendio L. 1200. Età non superiore a 35 anni. Almeno due anni di laurea. Limite per il concorso, 20 dicembre. — Condotta raccomandabile nonostante l'esiguo stipendio.

MARMENTINO FRUNA (*Brescia*). — Consorzio, L. 3467, due sessenni, alloggio. Scad. 31 dic.

MARRUBIU (*Cagliari*). — Condotto a cura piena; L. 3000 nette e L. 200 per a. f. Scad. 22 dic.

MOMBELLO LAGO MAGGIORE (*Como*). — Consorzio con Cerro Lago Maggiore; L. 3300 nette aument. Scad. 19 dic.

MONDAVIO (*Pesaro-Urbino*). — Medico per Sant'Andrea Suasa; L. 3200 lorde e L. 700 per cavalc., 3 sessenni, cura piena, abit. 958. Scadenza 20 dic.

*MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico per i poveri (150 circa), U. S., e necr.; L. 1700 ed alloggio; abit. 1689. Scad. 31 dic.

NAPOLI. — Concorso per titoli e per prove a 12 posti di sanitari addetti al servizio di vigilanza sugli alimenti, bevande, igiene abitati ed industrie, L. 2400 ciascuno. Otto posti sono riservati a laureati in zooiatria e 4 a laureati che abbiano compiuto studi di chimica bromatologica e sostenuti i relativi esami. Età 25-35 anni, s. e. r. Esami scritti, pratici e orali. Per schiarimenti ulteriori rivolgersi all'Ufficio municipale d'igiene. Scadenza ore 17 del 15 dicembre.

OTRICOLI (*Perugia*). — Condotto; L. 3500 lorde, cura piena, 3 sessenni su L. 2500. Scad. 15 dic.

PERETO (*Aquila*). — Il concorso per la nomina del medico condotto è prorogato a tutto il 31 dicembre 1913. Stipendio lire 4000 con eventuale maggiore assegno di lire 500 Per maggiori informazioni rivolgersi al sindaco.

PERUGIA. *Università libera*. — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

POMPIANO (*Brescia*). — L. 4100 per 2000 poveri, obbligo mezzo di trasporto. Tram Brescia-Orzinuovi. Scad. 15 dic.

PRALUNGO (*Novara*). — Medico condotto residenziale. Ab. 3000, poveri 20 circa. Stipendio L. 1500 lorde. L. 100 indennità uff. san. Servizio con retribuzione a parte nelle quattro Società locali. Clientela nei vicini comuni di Tollegno e Cossila. Termine per le domande 31 dicembre.

PREMILCUORE (*Firenze*). — Condotta per Corniolo a tutto 20 dic.; L. 3700 e L. 600 per obbl. cav.; due sessenni su L. 3000 pei poveri; al lordo di tassa R. M. Assicurazione. Alloggio. Servizio entro 15 giorni.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — Condotta piena; L. 2400 pei poveri e L. 600 per gli abbienti, lorde; assegni quale U. S. e per l'a. f. Abit. 1008 agglomerati. Età limite 45 anni. Scad. 40 giorni dal 28 nov.

QUISTELLO (*Mantova*). — Tre condotte a cura libera per le frazioni; L. 3000 lorde, pei poveri; tre sessenni; L. 600 per carrozza e cavallo obbligatori; all'uff. san. L. 300. Scad. un mese dal 14 nov.

REVINE LAGO (*Treviso*). — Medico; L. 3350 e L. 150 quale U. S., condotta libera, abit. 3037. Scad. 24 dic.

RIMINI (*Forlì*). — *Ospedale Civile*. Assistente; L. 1500 lorde, vitto, alloggio. Rivolgersi alla Congregazione di Carità.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso a 27 tenenti medici; L. 2400 oltre L. 200 d'indennità d'arma. Gli esami cominceranno il 26 genn. Scad. 10 genn. Età massima 30 anni al 10 nov. Diploma originale di laurea. Chiedere l'annunzio.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti*. — Modifiche ed aggiunte ad un precedente avviso di concorso per la elezione dei chirurghi aiuti:

Si avverte che, con determinazione 25 novembre 1913, unicamente allo scopo di agevolare i concorrenti, e per assecondare le premure dell'Associazione dei sanitari ospedalieri, nonchè quelle della maggior parte degli interessati, si è stabilito di:

a) esonerare i concorrenti ai dieci posti di chirurgo aiuto dal pagamento della tassa di ammissione, che col precedente avviso 18 ottobre 1913, era stata determinata in L. 50;

b) ridurre a sole L. 50, da corrispondersi mediante unica ritenuta sul primo stipendio mensile, la tassa di L. 150 che si era stabilito doversi corrispondere dai vincitori del concorso;

Si è stabilito inoltre:

c) che i concorrenti debbano, nella domanda di ammissione, fare esplicita dichiarazione di aver conoscenza dei regolamenti vigenti sui servizi sanitari ospedalieri, ed uniformarsi ad essi, come a tutte quelle altre disposizioni che venissero in seguito emanate;

d) che essi debbano, all'atto della presentazione dei documenti dimostrare di essere iscritti all'Ordine dei medici.

Si avverte infine che, per dar tempo e modo agli interessati di aver conoscenza di quanto sopra e di uniformarvisi, si è prorogato fino a tutto il 15 dicembre 1913, alle ore 16, il termine per la presentazione della domanda e dei documenti prescritti.

SACCOLONGO (*Padova*). — A tutto il 10 dic. Residenziale. Ab. 2987, poveri 350 circa; stipendio 3200 comprese L. 500 indennità mezzo obbl. trasporto. Tre aumenti sessennali. L. 200 ufficiale sanitario.

SAN GIOVANNI D'ASSO (*Siena*). — Medico condotto della fraz. Montisi; L. 3000 e L. 300 ove rinunzi al mese di congedo. Scad. 10 dic.

SAN PIETRO IN CERRO (*Piacenza*). — A tutto il 10 dicembre. Residenziale. Stipendio L. 2800. Indennità uff. san. L. 100. Indennità cavalcatura L. 800. Tre aumenti sessennali Alloggio, con annessa stalla, rimessa e fienile. Assunzione del servizio 10 gennaio.

*SERRAVALLE DI CHIENTI (*Macerata*). — 1ª condotta; L. 2700 lorde per la cura obbligatoria e facoltativa, L. 600 per indennità vettura, L. 100 quale U. S., non più di 45 anni s. e. r. Scadenza 15 dicembre.

SESTO CAMPANO (*Campobasso*). — Condotto; L 3100 nette, cura piena; abit. 2552; L. 100 per mezzo di trasporto alle frazioni, L. 100 quale U. S., L. 200 per a. f., non più di 45 anni, s. e. r. Scad. 29 dic.

TORINO. *R. Opera pia ospedale di San Luigi Gonzaga*. — Medico assistente presso l'ospedale urbano; L. 1200, vitto ed alloggio; obbligo della guardia notturna. Rivolgersi alla Segreteria dell'O. P., via Santa Chiara, n. 40. Scad. 15 dic.

VENEZIA. *Istituto degli Esposti*. — Medico assistente, L. 1500 ed alloggio. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

VILLENEUVE (*Torino*). — È aperto un nuovo concorso al posto di Medico consorziale: L. 2200 elevabile di L. 5000 se approvato deliberato. Scad. 15 dic.

Medico attivissimo, servizio ospedaliero, accetterebbe interinato se buone condizioni. Indirizzare richieste: Tessera tramviaria 4. Fermo posta, Roma.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

L'Associazione dei medici liberi esercenti della provincia di Firenze ha istituito un ufficio di indicazioni per interinati, supplenze, ecc.

L'Associazione invita i medici che desiderano iscriversi nel registro delle disponibilità a recarsi alla sede sociale (via Ginori, 63) aperta a tale scopo tutt'i giorni feriali dalle 18 alle 19.

Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e quelli di offerte o ricerche di interinati.

NOTIZIE DIVERSE

Le onoranze a Leonardo Bianchi.

L'1 corr. nell'aula magna dell'Ateneo Napoletano ebbe luogo la solenne cerimonia per le onoranze a Leonardo Bianchi, in occasione del suo 25° anniversario d'insegnamento universitario. Erano presenti il ministro dell'istruzione on. Credaro, il corpo accademico e molte autorità.

Il rettore Cocchia pronunziò un elevato e applauditissimo discorso, illustrando l'alta figura morale di Leonardo Bianchi e la sua opera scientifica e politica.

Parlò poi l'on. Credaro, che recò la partecipazione del Governo alle onoranze e lumeggiò i meriti scientifichi del Bianchi e il prezioso contributo da lui portato alla riforma universitaria. Seguirono con elevati discorsi i professori Tamburini e Miranda, l'assessore Dolce per il sindaco, il prof. D'Abundo, l'avv. Sansone per la *Corda Fratres*, il prof. Colella e numerosi studenti.

I professori Mingazzini e D'Abundo offersero al prof. Leonardo Bianchi artistiche pergamene a nome della scuola psichiatrica di Roma e di quella di Catania.

L'on. Bianchi rispose commosso dicendo con l'usata modestia che la festa era simbolica, non diretta alla sua persona, ma alla scienza che egli fervidamente coltiva. Il discorso dell'on. Bianchi venne coperto da grandi ovazioni.

Pervennero all'on. Bianchi numerosi telegrammi dall'estero e dalle università italiane.

Il presidente del Consiglio ha così telegrafato: « Nel felicitarmi con te per l'omaggio che oggi viene tributato dalle università italiane alla tua luminosa carriera scientifica e nell'esprimerti i più fervidi e cordiali saluti, sono lieto di annunziarti che in tale circostanza S. M. il Re si è compiaciuto nominarti di *motu proprio* Grande Cordone dell'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro. Saluti affettuosissimi. — *Giolitti* ».

Ad un banchetto in onore dell'on. Bianchi intervennero il ministro Credaro, il corpo accademico e le autorità.

Per una nomina a senatore.

Tra i senatori di nuova nomina segnaliamo con vivo compiacimento il duca Umberto Visconti di Modrone, il filantropo infaticabile che ha fondato l'istituzione omonima, la quale svolge un'opera benefica nell'Italia meridionale mercè la lotta contro la malaria e l'elevamento materiale e morale di quelle popolazioni. Egli sovviene anche molte altre opere di beneficenza. Sente, così, altamente i doveri del lignaggio e del censo.

I servizi sanitari della R. Marina durante la guerra Libica.

Gli ultimi fascicoli degli « Annali di medicina navale » sono consacrati interamente all'esposizione dei servizi sanitarî resi dalla nostra R. Marina durante la guerra italo-turca.

Nell'azione precorritrice, accompagnatricr, integratrice compiuta dalla R. Marina, concordemente a quella del R. Esercito — osserva il gen. B. Calcagno in una prefazione — i nostri servizi sanitarî non risultarono inferiori al difficile e laborioso compito che vennero via via chiamati ad assolvere.

L'efficienza della nostra organizzazione ha naturalmente culminato nell'opera delle nostre due navi-ospedale *Re d'Italia* e *Regina d'Italia*.

Ebbe già ad occuparsene il dott. Giorgi, appartenente alla riserva navale, in una brillante ed efficace conferenza alla Lancisiana riportata negli Annali.

Per volere del gen. Calcagno sono state ora raccolte tutte le relazioni che furono a loro tempo richieste e che pervennero all'Ispettorato di sanità, massime per quanto riguarda lo straordinario lavoro chirurgico delle navi-ospedali e degli ospedali dipartimentali che dettero ricovero ai feriti.

Le relazioni sono redatte dai dottori Rosati, Tacchetti, Vaccari, De Crespi, Caforio, Monterisi e Ferrero.

La pubblicazione integrale di queste relazioni concreta i giudizi sicuri sulla condotta chirurgica da preferire nella traumatologia da guerra e offre una documentazione superiore da cui gli studiosi potranno trarre materia di confronti e ulteriori considerazioni cliniche ed operative; innalza la dignità e il prestigio del corpo sanitario della nostra marina da guerra.

La profilassi antitubercolare di Stato.

Il prof. E. Bertarelli invoca, nella *Rivista d'Igiene e Sanità pubblica* del 1° novembre, il concorso attivo dello Stato nella lotta contro il flagello tubercolare che miete in Italia 60.000 vittime all'anno.

Ricorda come lo Stato sia già intervenuto contro altre malattie a larga diffusione, la malaria, la pellagra e le infezioni trasmesse dall'acqua. A quest'ultimo scopo è stato stanziato a favore dei comuni un quarto di miliardo, per la costruzione di acquedotti.

E sollecita dalla nuova Camera un atto legislativo che maturi gli sforzi dello Stato anche nella crociata contro la tubercolosi.

Ritiene il momento opportuno, poichè lo spirito pubblico è bene preparato e persuaso che la tubercolosi si può e si deve combattere.

Il bisogno più urgente sarebbe quello degli ospedali per tubercolosi, che importerebbero una spesa urgente di 15 a 35 milioni; in secondo luogo sarebbero da reclamare i mezzi per la fondazione di dispensari; in terzo luogo converrebbe fondare od aiutare altre opere, come ospizi marini, colonie rurali e di educazione, ecc. In totale occorrerebbe impostare in cifra tonda, per un po' d'anni, almeno una decina di milioni all'anno, spesa consentita dalle attuali esigenze del bilancio.

I medici usciti dalle urne in queste ultime elezioni dovrebbero assumere l'impegno morale di dar corpo ad una legge che si proponga questo concorso dello Stato.

Per le terme di Salsomaggiore.

Si è recata a Salsomaggiore la Commissione ministeriale che ha studiato e condotto a termine il progetto delle grandi opere di rinnovamento di quella stazione termale.

Della Commissione fa parte il direttore generale della Sanità.

Il nuovo ospedale di Parma.

Il concorso per un ospedale di 600 letti a Parma si è chiuso con la presentazione di 10 progetti. La Commissione giudicatrice è così composta: proff. G. Rattone, L. Pagliani e A. Ballori, ingg. E. Speroni e Corradini.

XVIII Congresso ostetrico-ginecologico.

Dal 18 al 20 corrente dicembre al Policlinico Umberto I nell'aula della Clinica ostetrico-ginecologica si riuniranno gli ostetrici ed i ginecologi italiani per il loro XVIII congresso.

Dai proff. Pestalozza e Guzzoni degli Ancarani saranno portate alla discussione ampie relazioni sui temi *Corioepitelioma* e *Mortalità del neonato*.

Sono annunciate importanti comunicazioni individuali.

Tutti i medici-chirurgi che s'interessano degli studi ostetrico-ginecologici possono prender parte al congresso inviando la quota di L. 10 al cassiere della Società prof. F. S. Rocchi (Roma, via Cavour, 116) ed ottenendo così i documenti per le facilitazioni di viaggio valevoli dal 14 al 28 dicembre. Tutti i medici possono presentare al congresso proprie comunicazioni di argomento scientifico o pratico ostetrico-ginecologico, inviandone prima del 15 corr. l'indicazione del tema e delle brevi conclusioni al Segretario della Società (prof. C. Micheli - Roma, via Bocca di Leone, 25).

Un istituto per la cura degli erniosi ad Alessandria d'Egitto.

S. A. Il Khedive ha data una nuova prova di pietà pei sofferenti. Il sovrano dell'Egitto ha infatti avuto l'idea di fondare un istituto speciale per la cura radicale delle ernie.

Della esecuzione del progetto, è stato incaricato S. E. Mohamed pascià Said, presidente del Consiglio dei ministri, e grazie al valido concorso di S. E. Mansur pascià Yussef, presidente della *Orwa el Woska*, nonchè del comitato di questa associazione, è stato adibito ad uso di ospedale un padiglione nel recinto del magnifico edificio dell'asilo Abbassi.

I piani dei lavori e la direzione chirurgica della benefica istituzione sono affidati all'egregio nostro connazionale dottor Colloridi bey, sui meriti del quale avemmo già a richiamare l'attenzione; la fiducia in lui riposta — per questa opera — da S. A. il Khedive ne è indice incontestabile.

Il nuovo istituto si chiamerà « Ospedale Abbas II ». Verrà presto allestito.

Alla Facoltà medica di Modena.

Non essendo intervenuto un accordo tra la Congregazione di Carità e il Governo sull'ammontare del contributo da assegnarsi alle Cliniche pel trattamento speciale dei degenti, è mancata completamente l'assegnazione e le Cliniche minacciano di chiudersi. Da ciò una grave agitazione degli studenti.

Per l'educazione fisica.

La Commissione Reale per l'educazione fisica ha tenuto la sua prima adunanza. V'intervenne il ministro Credaro, il quale ha lumeggiato l'importanza nazionale dell'educazione fisica ed il còmpito della Commissione in rapporto alle scuole e per le libere iniziative, che per fortuna d'Italia si vanno moltiplicando.

Al ministro ha risposto, ringraziando a nome della Commissione, il presidente di essa, senatore prof. Pio Foà. Poi la Commissione ha iniziato i suoi lavori.

Ha avuto luogo in Roma una riunione per costituire il comitato italiano per lo studio e la propaganda dell'educazione fisica e scientifica.

Presiedeva il senatore Todaro.

Fu votato il seguente ordine del giorno:

« I convenuti alla riunione indetta dal delegato dell'Istituzione internazionale per l'educazione fisica, svoltasi la sera del 20 novembre 1913, deliberano di costituirsi come primo nucleo del comitato nazionale per lo studio e la propaganda dell'educazione fisica scientifica, come sez. dell'Istituzione internazionale che ha sede a Bruxelles ».

L'assemblea procedette alla nomina di una commissione incaricata di compilare le norme per il funzionamento del comitato; essa risulta così composta: sen. Todaro, presid.; proff. Santori Saverio, Carlo Colombo, Montuori, generale Corsi, comm. Cancellieri, comm. Ceresa, prof. Ferrari, comm. Rava e prof. Romano Guerra, segretario generale.

Presso la sede del Touring ebbe luogo l'insediamento del Comitato Nazionale di turismo scolastico, costituitosi in seno al Touring per la propaganda e l'attuazione, fra gli studenti delle scuole medie, del turismo igienico, ricreativo ed istruttivo. L'iniziativa venne assunta in seguito all'invito dell'Associazione per la Scuola.

Aderirono alla costituzione del Comitato i Ministeri della Pubblica Istruzione e dei Lavori Pubblici, la Direzione delle Belle Arti, la R. Società italiana d'igiene, il Club alpino italiano, enti scolastici, ecc.

Il Comitato nazionale procedette in seguito alla nomina del Comitato esecutivo, chiamando a comporlo il comm. Federico Johnson, quale presidente; l'on. Francesco Mira, il sen. L. Camerano, il prof. Vittorio Nigherzoli, l'avv. prof. Eliseo Porro ed il prof. Leone Niccolini, quali vice-presidenti; il cav. Mario Tedeschi, quale segretario.

Per la coltura delle levatrici.

Nel periodo dell'anno scolastico 1913-14, ad iniziativa del prof. G. Guicciardi, nella R. Scuola ostetrica di Venezia si terranno delle conferenze settimanali su argomenti di ostetricia e ginecologia dai professori Guicciardi e Gardini; di igiene generale dal dott. Ligorio, direttore dell'ospitale civile; di igiene del bambino e pediatria dei primi giorni di vita dal prof. E. Giorgi, direttore del brefotrofio; si darà così modo alle levatrici intelligenti e volonterose di raggiungere quel livello di coltura generale che le moderne esigenze impongono. — E' a sperare che le levatrici comprendano l'alto significato di questi corsi di perfezionamento.

Per gli scolari tardivi.

La Commissione ministeriale chiamata a studiare i provvedimenti necessari per risolvere il problema igienico-educativo dei ragazzi deboli di mente ha suggerito al ministro della P. I. di fare, a mezzo delle autorità scolastiche, una inchiesta che per ora si limita a raccogliere i seguenti dati: numero e qualità dei corsi magistrali già tenuti nel Regno per l'educazione dei fanciulli deboli di mente; numero e qualità degli Istituti esistenti per l'educazione dei detti fanciulli, nonchè delle classi elementari speciali già istituite nei capoluoghi di provincia, accanto alle ordinarie classi elementari; numero dei fanciulli deboli di mente, accolti ora nelle classi elementari ordinarie dei capoluoghi di provincia.

Contro l'uso di sputare in tram.

L'Associazione milanese per la difesa contro la tubercolosi, in vista della trascurata osservanza d'un articolo del regolamento locale d'i-

giene (il 247) che vieta di sputare nei tram, ha deliberato d'intensificare la propaganda contro la suddetta inosservanza, chiamando a cooperare a più energici provvedimenti i medici della Lega Tramvieri e il personale dei tram che dovrebbe essere il più direttamente interessato al raggiungimento dello scopo

Contro l'uso del cianuro di potassio.

Il Consiglio sanitario della Germania (Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen) ha protestato contro l'uso del cianuro di potassio, al quale si ricorre negli alberghi per la pulizia delle posate e del vasellame metallico, in quanto che in presenza di acidi questo pericoloso composto può sviluppare acido cianidrico.

In seguito a tale voto è stata emanata un'ordinanza che vieta l'uso del cianuro di potassio e dei composti similari allo scopo su indicato.

Per un sanitario benemerito.

Ad iniziativa dei soci del Circolo anticlericale sub aventino di Roma venne offerta una pergamena al dott. prof. Camillo Prò, in segno di stima e di riconoscenza per la sua opera altamente umanitaria e morale svolta a beneficio degli abitanti del quartiere.

Gli abitanti del quartiere hanno firmato un album in onore del prof. Prò.

In memoria di Dieulafoy.

È stato inaugurato a Parigi un monumento in memoria del prof. Dieulafoy. Esso sorge nell'anfiteatro Trousseau dell'Hôtel-Dieu.

Tennero elevati e commossi discorsi i professori Widal, Landouzy e Mesurer.

Società per lo studio delle questioni sessuali.

Si è fondata a Berlino una società internazionale per lo studio delle questioni sessuali.

Essa si propone di unificare tutte le ricerche e tutti i problemi che si riferiscono a questo importante ramo degli studi medico-sociali. Del Consiglio direttivo fanno parte, fra gli altri, il ministro degli interni di Germania e il presidente della Camera dei Signori di Prussia. Per l'Italia è stato chiamato a farne parte il prof. G. Mingazzini della Università di Roma.

Orchestra medica parigina.

A provare l'affratellamento della classe medica parigina conviene far sapere che sotto la presidenza del dott. Richelot agisce da tempo un'orchestra completa, composta di medici e di appartenenti alle loro famiglie; essa prepara concerti speciali; vi convengono i medici, le loro famiglie e gl'invitati.

La data sui libri di medicina.

Alcune case editrici omettono la data sui libri da esse pubblicati. Altre sono poco scrupolose nel segnare la data: specialmente nello scorcio dell'anno preferiscono far figurare l'anno successivo.

Da queste consuetudini derivano inconvenienti e pregiudizi, sia agli autori (nel decidere le questioni di priorità), sia agli acquirenti (fuorviati nell'apprezzare la freschezza di una pubblicazione).

In proposito il IX Congresso internazionale di zoologia, adunatosi in Monaco, ha espresso un voto che le classi sanitarie certamente approveranno e faranno proprio.

Le case editrici vengono, cioè, sollecitate a voler dare a tutte le pubblicazioni di carattere scientifico la data esatta della loro pubblicazione, indicando non soltanto l'anno, ma anche il mese e il giorno.

La segreteria dell'Associazione internazionale della stampa medica ha ritenuto opportuno di richiamare l'attenzione su questo *desideratum*.

Sull'etiologia del cancro.

Il prof. Bosc richiama nella *Presse Médicale* del 26 novembre numerose sue osservazioni già pubblicate, le quali tenderebbero a stabilire che il cancro è dovuto a protozoi parassiti paragonabili a quelli che Noguchi ha testè descritto per la rabbia.

L'A. ne trae delle norme profilattiche che consistono sovratutto nella osservanza di una rigorosa nettezza.

Un caso di peste a Trieste.

Il 16 ottobre venne a morte a Trieste, dopo 4 giorni di grave malattia, il capo stiva Giovanni Vlasfelic del piroscafo « Duchessa di Sofia di Hohenberg » appartenente alla compagnia austro-americana arrivato da Buenos Aires.

Dall'autopsia risultò che la morte era dovuta alla peste bubbonica, probabilmente importata dai sorci infetti che si trovavano a bordo del piroscafo. Furono subito prese le opportune misure ed il piroscafo fu rimorchiato al Lazzaretto con a bordo tutti coloro che vi si trovavano e che furono sottoposti ad isolamento e disinfezione severissimi.

La morte di un uomo di 300 chili.

Il « Temps » di Parigi segnala la morte a La Chatre di un impiegato in una casa di commercio, dell'età di 47 anni, il cui peso avrebbe raggiunto i 300 chilogrammi.

Tragedie nei manicomi.

Nel manicomio provinciale di San Daniele del Friuli (Udine) un demente che non era reputato pericoloso uccise a colpi di zoccolo un altro ricoverato e poi scavalcò il muro di cinta e dileguò per la campagna; in giornata venne ricondotto al manicomio.

Medici tedeschi che massacrano le famiglie.

A Dresda il dottor Kepler assassinava, dopo una violenta scenata, la moglie e un bambino; stava per fare subire la stessa sorte a un figlio maggiore, di 9 anni, ma questi si mise a gridare e si salvò. Pare che il dottore sia stato determinato al delitto dai continui contrasti in famiglia, che debbono averlo disgustato della vita.

Un medico di Monaco, dott. Eimeyer, ha sgozzato la moglie, una figlia di 20 anni ed un figlio di 10; poi si è ucciso.

Rassegna della stampa medica.

Le Progrès Méd., 6 nov. ESMEIN. « Il botulismo ».

The Lancet, 6 nov. MERCIER. « Sull'eredità ». — GLYNN. « Sull'isteria ». — WILLIAMSON e PETERS. « Sui portatori di tifo » — HOPKINS. « Malattie dovute a deficienze dietetiche ».

La Rif. Med., 8 nov. DE FRANCISCO « Occlusioni intestinali postoperative ». — LUCIBELLI. « Alterazioni bulbari da intossicazione acida ».

Brit. Med. Journ., 8 nov. GLYNN. « Sull'isteria » — ROGERS. « Sul trattamento della dissenteria bacillare ».

Rev. Neurol., 30 ott. MINGAZZINI. « Piccoli segni delle paresie organiche ».

The Boston M. a S. Journ., 6 nov. ROSENAU. « I progressi della medicina preventiva ».

The Journal A. M. A., 8 nov. PERSHING. « La nevrastenia quale accresciuta sensibilità alle emozioni .» — STRONG, TYZZER e GASTIABURN. « Verruga peruviana, febbre Oroya e Uta ». — EISENDRATH, BECK. « Chirurgia degli ureteri ». — GUTHRIE. « Il tramontare del medico di famiglia ».

Le Scalpel, 9 nov. HOUGARDY. « I pretesi misfatti del siero antidifterico ».

Galicia Méd., nov. « CARRACIDA. « Le micelle in biochimica ».

Bel. Klin. Woch., 10 nov. SCHLEICH. E. MÜLLER, THALHEIM, IMMELMANN, KRAUS e FRIEDMANN. « Il metodo di F. F. Friedmann per la profilassi e la cura della tubercolosi ». — KLING. « Vaccinazione contro la varicella ». — MOSSE. « Le malattie con emolisi turbata ».

Pensiero Med., 9 nov. BAJ. « Diagnosi differenziale fra achilia gastrica semplice e cancerosa ».

La Belg. Méd., 9 nov. LAMS. « Cause determinanti del sesso ».

Edinb. Med. Journ., nov. JAMIESON. « Profilassi e cura dell'eczema ». — CARMICHAEL. « Elephantiasis neuromatosa ».

La Presse Méd., 8 nov. MARC-ARMAND e CRENDIROPOULO. « Sulla guarigione del tetano sperimentale ». — ISSAILOVITSCH-DUSCIAN. « I riflessi condizionali o associativi ».

Paris Méd., 8 nov. CAMUS. « Sulla psico-analisi e la dottrina di Freud ». — D'AUSSET e L'HUILLIER. « Le false varici ».

Zbl. f. Ther., nov. FÜRSTENBERG. « Sulla diatermia ».

Medic. Record., 8 nov. ROSENBLETH. « Sviluppo e terapia delle neurosi e psiconeurosi nell'infanzia ».

La Presse Méd., 12 nov. ROGER. « Alcune considerazioni sui batteri dell'intestino ». — GALLOIS. « Il trattamento profilattico locale della foruncolosi ».

Le Bull. Méd., 12 nov. ESMEIN. « Peritonite pneumococcica a forma ascitica ».

La Sem. Méd, 12 nov. CHEINISSE. « Il gastrospasmo ».

Wien. Klin. Woch., 13 nov. KAHANE. « Le depressioni psichiche ». — RIEDL. « Estirpazione dell'articolazione del ginocchio ».

Deut. Med. Woch., 13 nov. BEHRENROTH. « Diagnosi e terapia dell'echinococco polmonare ». — ZIEGLER. « Roentgendiagnosi della broncostenosi ». — SZÖLLÖSY. « Spasmo del cardias e ipnosi ». — WEIL. « Diarrea e antidiarroici ».

Gazz. Med. It., 13 nov. ZUCCOLA. « Fibro mixoma dell'endocardio ».

Gazz. d. Osp, 13 nov. MONZARDO. « Sterilizzazione delle mani con soluzione alcoolica di timolo ».

Le Bull. Méd., 15 nov. « BROCQ « Prurito e reazioni cutanee ».

L'Ig. Soc., 15 nov. TORLONIA. « Il resoconto morale della *Croce Rossa* ».

Paris Méd., 15 nov. MILIAN. « La reazione di Herxheimer ». — MOUCHET e PIZON. « Fratture comminutive della clavicola ».

Brit. Med. Journ., 15 nov, MOTT. « La degenerazione del neurone ». — BELL. « Le secrezioni interne e i caratteri sessuali della donna ». — SHARP. « Adenite cervicale epidemica ».

Derm. Woch., 15 nov. NOTTHAFFT. « Le malattie sessuali nelle memorie di Giacomo Casanova ».

Zbl. f. inn. Med, 15 nov. KÖSTER. « Sui rumori cranici ».

Zbl. Chir., 15 nov. WELCKER. « Sulla gangrena da colera e da tifo ».

Le Progrès Méd., 15 nov. LEREBOULLET. « Gli accidenti da aria compressa ».

Le Journ. Méd. Français, 15 nov. Numero consacrato alla cura solare.

Journ. d. Prat., 15 nov. SERGENT. « Compito dell'insufficienza surrenale in patologia ». — MARION. « Segni funzionali dell'ipertrofia della prostata ».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1913 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

I. Pozzi, resp.

Anno XX. *Roma, 14 dicembre 1913* **Fasc. 50**

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.

Osservazioni sopra la vaccinazione antitifica

per il prof. V. PENSUTI, medico primario.

Avendo la Direzione degli ospedali di Roma disposto che nel mio reparto al Policlinico fossero ricoverati unicamente dei malati di febbre tifoide, e avendo il prof. Gosio, capo dei laboratori della Direzione generale di sanità, messo a nostra disposizione il vaccino preparato a scopo profilattico, affinchè lo sperimentassimo nei nostri malati, il dott. Biocca, mio aiuto, ha testè condotto a termine un importante lavoro su circa 120 casi, le cui conclusioni sono evidentemente in favore dell'utilità di questa terapia.

Dopo questo lavoro ho voluto io stesso, tanto più volentieri dopo che il mio aiuto ebbe lasciato la mia Corsìa, seguitare questo studio così importante, e le conclusioni mi parvero in massima confermare le precedenti affermazioni del Biocca, ed anche portare un notevole contributo ulteriore, in modo da rendere anche più evidente ed esteso il campo d'azione del rimedio.

Rimando al lavoro succitato per quanto si riferisce alla storia di questa moderna terapia del tifo, ed ai varî metodi di preparazione del vaccino antitifoso.

Debbo avvertire che una piccola parte dei casi da me studiati trovasi tuttora degente all'Ospedale in via di osservazione, perciò una piccola parte della mia casuistica non figura nell'elenco seguente, e formerà, forse, oggetto di un' ulteriore pubblicazione.

CASUISTICA.

Nella casuistica le indicazioni III, II, I indicano senz'altro l'esècuzione di iniezione sottocutanea di 1 cmc. di vaccino, rispettivamente di III grado (pari a 400 milioni di batteri), di II (200 milioni) e di I (100 milioni).

CASO 1. — *Ced.* circa 26 anni, U, vaccinato il 10, 11, 12 ottobre, con dosi successivamente di III, II e I grado. Principia in 11° giorno di malattia. Lieve miglioramento nello stato generale. Dopo parecchie settimane di nessun evidente effetto sulla temperatura, si manifestano successivamente parecchi ascessi perianali che vengono tagliati. Vidal positiva fin dal principio. Sfebbra il 5 dicembre.

CASO 2. — *Res.*, 16 anni, U., stato generale alquanto grave, Viene con temperature piuttosto alte Il 10 ottobre, 13° di malattia, vaccinato di III grado, l'11 di II grado, il 12 di I. Immediato vantaggio sullo stato generale. Guarito il 16. Giorni di febbre, dopo terminata la cura, 3.

CASO 3. — *Neb.*, circa 17 anni, U. Viene in stato grave. Il 14 ottobre, 18° di malattia, III; il 15 II; il 17 I grado Fin dal 18 migliorato lo stato generale; febbricita altri 7 giorni.

CASO 4. — *Mop.*, anni circa 20, U. Piuttosto grave; temperatura alta, Il 7 ottobre, 11° di malattia, I; l'8, II: il 9, III grado. Effetto pronto sulla temperatura, ma poi oscillante finchè si manifestano dei furuncoli. Guarisce dopo altri 21 giorni di febbre.

CASO 5. — *Vag.*, anni 20. Temperatura con massimi di 39½° a 40°, e minimi di 38° e decimi. Il 18 ottobre. 14° di malattia, I; il 19, II; il 20, III grado. Qualche temp. di 36° già fin dalla terza iniezione. Dal 22 al 27 migliora la temperatura. La febbre persiste per 7 giorni dopo terminata la cura.

CASO 6. — *Loz.*, anni 26, U. Il 19 ottobre, 10° di malattia, III; il 20, II; il 21. I. Fin dal 22 qualche 36°. Guarito il 23 (il 24 un massimo isolato di 38°.3, cessato subito vuotando l'intestino). Prima della cura temperatura fino a 40°.2.

CASO 7. — *Tep.*, 12 anni, U Presenta massimi di 40°. Il 18 ottobre, 14° di malattia, I; il 20, III. Effetto sulla temperatura dal 24; permanenza della febbre dalla fine della cura 7 giorni.

CASO 8. — *Lis.*, anni circa 16, D. Viene alquanto abbattuta e in istato confusionale. Temperature, massimi 39°.3 con remissioni forti. Il 13 ottobre, 13° di malattia, III; il 14. II; il 15. I. Permanenza della febbre un giorno (salvo un fugace 38°.1 il 19). Stato generale subito fortemente migliorato.

CASO 9. — *Ded.*, anni 17, D. Il 10 ottobre 10° di malattia, III: l'11, II; il 12, I. Effetto poco notevole sul decorso. Morte il 26 per enterorragia.

CASO 10. — *Alf.*, anni 20, D. Temperature con massimi ripetuti sui 40°. Stato generale mediocremente grave. Il 4 ottobre 8° di malattia, I; il 5, II; il 6 III. L'8 miglioramento generale. Temperature abbassate, ma oscillanti fin dal 7. Febbre dopo la cura, 5 giorni.

CASO 11. — *Bit.*, anni 19. D. Il 14 ottobre 11° di malattia, III; il 15, II; il 17. I Prima della cura presentò un massimo di 39°.3 e minimi di 37° e anche 36°. Dal 17, dopo breve reazione, si può considerare guarita. Permanenza della febbre giorni 0.

CASO 12. — *Cez.*, anni circa 25, D., gracile, eritristisca; emottoica prima e durante la malattia. Frequenti massimi di 39° e decimi, qualche minimo di 37° e decimi. Il 14 ottobre, 17° di malattia, III; il 15. II; il 18, I. Reazioni a 40°, effetto sulla temperatura fin dal 16. Permanenza della febbre 4 giorni.

CASO 13. — *Tac.*, anni 37, D. Il 14 ottobre 25° di malattia (!). III; il 16, I. Il 17 miglioramento. Permanenza della febbre dopo la cura 4 giorni.

CASO 14. — *Tepr.*, anni circa, 40 D. (non curata direttamente ma semplice relazione del medico) con temperature elevate, con stato di agitazione maniaca grave, con sensazione penosissima di bruciori e di dolori in tutta la persona. Il 24 ottobre, III; il 26, II; il 28, I. Immediatamente e fino a tutto il mese la temperatura si abbassa notevolmente: immediatamente e per altrettanto tempo spariscono tutti i sintomi generali suddetti. Il 1° novembre ricomincia la febbre con gli stessi sintomi. Però il medico si rifiuta a ripetere la cura, perchè ad ogni iniezione si risvegliavano i fenomeni di cui soffriva fin da giovanetta, cioè senso di debolezza generale, polso radiale piccolo (cuore sano).

CASO 15. — *Arg.*, anni 12, D. gracile. Febbre alta, rare remissioni notevoli. Il 26 ottobre, 13° di malattia, III; il 27, II; il 28 I. Fin dal 28 quasi apirettica. Permanenza febbre 0 giorni.

CASO 16. — *Ref.*, anni 11, U, Massimi di 40° e 39° e decimi, remissioni di 38° e decimi piuttosto rare. Il 28 ottobre 10° di malattia, III; il 29, II; il 30, I. Dal 1° novembre comparisce qualche 36°. Permanenza della febbre 7 giorni.

CASO 17. — *Viv.*, anni 11, D. Il 28 ottobre 14° di malattia II; il 30 II: il 31, I. Il 1° novembre comparisce qualche 36° e decimi. Permanenza febbre 3 giorni.

CASO 18. — *Zob.*, anni circa 27. D. Il 21 settembre, 11° di malattia, I; il 23 II; il 25. III. Qualche effetto nella temperatura dal 25 settembre. Il 17, 18 e 19 ottobre senza febbre 20 ottobre *ripresa* con forti temperature, stato grave, vomito che le impedisce l'alimentazione, polso piccolo frequente. Il 30 ottobre III: il 31, II; 1° novembre I. Immediata cessazione dello stato grave e del vomito. Polso migliore Effetto sulla temperatura immediato, ma incerto. Permanenza

della febbre 10 giorni Dal 17 ripresa della febbre con vomito; massimi fino a 40°. Spontaneamente e permanentemente è guarita fin dal 25. Notevole che nella precedente apiressia la malata non si era riavuta completamente, e si era ripresentato qualche 37° e decimi, e qualche vomito.

CASO 19. — *Ram.* anni 15. D. Il 17 ottobre, 9° giorno di ricaduta dal tifo, ebbe l'iniezione di ½ cmc. di I. Restò senza febbre dal 21 al 25, indi si ebbe una lieve ripresa i cui massimi non arrivarono mai a 39°. Il 4 novembre III; il 5, II; il 6, I. Permanenza della febbre dopo la prima vaccinazione, un giorno; dopo la seconda, tre giorni, e guarigione completa e permanente.

CASO 20. — *Gap.*, anni 15. D. Ebbe una prima vaccinazione, in 20° giorno di malattia, il 4 novembre, in tre giorni successivi, II, II, I grado. Seguirono temperature oscillanti, ed allora il 22 novembre si procedè alla seconda vaccinazione (in tre giorni consecutivi III, II, I). La febbre sopravvisse ancora dieci giorni. La Vidal negativa fino al 19° giorno, comparve il 1° dicembre.

CASO 21. — *Laf.*, anni 11, D., stato generale buono. Il 18 ottobre, 9° di malattia, II; il 20, I; il 23, ½ cmc. di I. Durante la cura qualche 36° e decimi. Dal 25 qualche abbassamento della temperatura, che però procede a salti. Permanenza della febbre 12 giorni.

CASO 22. — *Cuz.*, anni circa 17, D. Stato grave, delirio Il 4 novembre, 10° di malattia, III; il 5, II; il 6, I. Fin dal 7 sintomi peritonitici, per i quali è trasportata in chirurgia.

CASO 23. — *Arb. T.*, anni 7, U. Stato grave, temperatura alta, polso frequente. Il 6 novembre, 11° di malattia, II; il 7, II; l'8, I. Temperature alquanto più basse, ma sempre oscillanti. Il 17 una vaccinazione di II grado, stesso effetto sulla temperatura: il 24 massimo di 38° 8. Il 25 II; il 26, II e il 27, I Il 28 ha sfebbrato permanentemente.

CASO 24. — *Ops.*, anni 16, D., gravissima, stato tifoso, sordità tifosa. Il 6 novembre, 14° di malattia, III; il 7, II; l'8, I. Stato generale subito e gradualmente migliorante. Effetto sulla temperatura dal 12 ma incerto e vacillante, spiegato dalla presenza di una foruncolosi. Curata di questa, permanendo le temperature, seconda rivaccinazione: il 28 novembre III; il 29, II; il 30, I. Il 1° novembre è apirettica.

CASO 25. — *Gna.*, circa anni 16, D, Temperature elevate con leggere remissioni. Il 6 novembre, 13° di malattia, III; il 7, II; l'8, I. Effetto sulle temperature fino dal 9. Permanenza della febbre, dopo la cura, 12 giorni.

CASO 26. — *Arb. A.*, anni 9, U. Il 4 novembre, 17° di malattia, II; ii 6, I; l'8, I. Effetto immediato sulla temperatura ma vacillante; permanenza della febbre 8 giorni.

CASO 27. — *Iap.* anni circa 18, D. Temperature elevate con qualche rara, forte remissione. L'8 novembre, 18° di malattia, III; il 9 II; il 10, I. Fin dall'11 effetto sulla temperatura, ma dal 15 andamento zoppicante e massimi anche di 39° e decimi. Rivaccinazione il 18 novembre III; il 19, II; il 20, I. Guarita dopo 4 giorni di febbre.

CASO 28. — *Lud*, anni 7, D. Stato generale leggermente grave. L'8 novembre in 16° di malattia, II. La febbre dura un sol giorno dopo l'iniezione. Però l'11 presenta un 39°4, e prosegue con la febbre fino al 17 in cui è spontaneamente guarita. Il 20 nuovamente febbre, e allora s'inietta ½ cmc. di I. Nessun effetto. Il 24, II; il 25, II; il 26, II. Qualche effetto sulle temperature si vede immediatamente Il 30 è senza febbre In questi ultimi giorni si è ripresentata qualche temperatura, e la malata è tuttora in osservazione.

CASO 29. — *Cec.*, anni 16, U. Stato grave. Tendenza all'enterorragia già prima della cura. È vaccinato il 9, 10 e 11 novembre, cioè dal 24° giorno circa di malattia, e successivamente III, II, I, grado. Non comincia a sfebbrare che il 7 dicembre. La Vidal fin dal principio, ed anche alla fine di novembre si mantenne negativa.

CASO 30. — *Sac.*, D., circa 17anni. 11 novembre circa 20° giorno di malattia III; 12, II; 13, I. Sparisce il delirio che presentava. Permanenza della febbre due giorni dopo la cura.

CASO 31. — *Rac.*, anni 17, D. Ebbe una prima forma per la quale subì la vaccinazione di grado III, II e I con intervallo di un giorno tra l'una e l'altra. Recidiva dal 9 novembre. L'11, III; il 12, II; il 13, I. Effetto sulle temperature fin dal 14. Permanenza della febbre 3 giorni.

CASO 32. — *Srog.*, anni circa 17, D. L'11 novembre, 18° giorno di malattia, III; il 12, II; il 13, I. Dal 14 progressivo e lento miglioramento. Permanenza della febbre 10 giorni.

CASO 33. — *Loc.*, anni circa 20, U. Il 10 novembre, 14° giorno di malattia (?) III; il 12, II; il 13, I. Effetto immediato. Permanenza della febbre un giorno.

CASO 34. — *Zol.*, anni 20. U. Dal 30 ottobre era apirettico di forma tifosa. Il 6 novembre ricaduta con massimo a 39° e decimi. Il 12, 7° giorno di recidiva, III; il 13, II; il 14. I. Effetto sulla temperatura fin dal 16, ma a sbalzi. Il 21, 22 e 23 stessa cura. Il 24 qualche effetto sulla temperatura, il 30 è senza febbre. Durata della febbre 6 giorni. Dalle prime iniezioni riacquista il senso dell'appetito.

CASO 35. — *Mam.*, circa 16 anni, D. Stato grave, cuore debole. Il 19 novembre, 20° giorno di malattia, III; il 20, II; il 21, I. Fin dalla prima iniezione lo stato generale e del cuore migliorano visibilmente. La temperatura si abbassa fin dal 24. Insorge un altro accesso con freddo il 28. Si rivaccina il 28, 29, 30 (III. II, I), guarisce il 7 dicembre. Permanenza della febbre 6 giorni.

CASO 36. — *Tam.*, anni circa 16, D. Effetto fugace da una prima vaccinazione fatta il 4, 5 e 6 novembre rispettivamente I, II, e I, dopo cui presentò temperature fino a 40°.

Secondo intervento il 20, 21, 22 novembre (III, II, I): effetto immediato sulle temperature, permanenza della febbre 8 giorni.

CASO 37. — *Arf.*, circa 16 anni, D., alquanto grave. Il 20 novembre, 14° giorno di malattia, III; 21, II; 22, I. Effetto sullo stato generale buono: sulla temperatura dal 27. Permanenza della febbre 8 giorni.

CASO 38. — *Issor*, circa 25 anni, D., curata con vaccinazioni a giorni alterni dal 22 novembre, 13° di malattia (successivamente I, II, III). La febbre sopravvive dieci giorni.

CASO 39. — *Sor.*, circa 16 anni, D. Gravissimo stato di abbattimento con polso impercettibile, frequentissimo, di cui migliorò immediatamente con la prima vaccinazione (9 ottobre, forse 13° di malattia, I; 10, II; 12, III). Però sulla temperatura non si vede l'effetto se non il 19. Dal 26 ottobre al 12 novembre senza febbre. Il 13 una ricaduta con 39°.4. Il 15 rivaccinata, I; il 17, II. Permanenza della febbre 4 giorni.

CONSIDERAZIONI. (*)

Statistica dei casi considerati. — Tralasciando il caso di morte *Cuz.* (22), i casi refrattari di cui parleremo poi (altri 3 ossia il caso (1) *Ced.*, il (9) *Ded.*, il (29) *Cec.*, i casi *Lud.* (28) e (14) *Tepr.* rimasti sospesi, abbiamo 33 casi così ripartiti, a seconda del numero dei giorni di permanenza della febbre, dopo fatto l'ultimo innesto vaccinico:

Casi n.	4	giorni	0
Id.	3	id.	1
Id.	1	id.	2
Id.	4	id.	3
Id.	4	id.	4
Id.	1	id.	5
Id.	2	id.	6
Id.	4	id.	7
Id.	3	id.	8
Id.	4	id.	10
Id.	2	id.	12
Id.	1	id.	21
Totale	33.		

Forse non è fuori luogo richiamare l'attenzione sul caso *Sor.* (39).

È importante notare la curva uguale e uniforme, (salvo gli ultimi 2 giorni di febbre nei quali la media è già quasi di apiressia) con cui la temperatura cadde dopo la vaccinazione. Ecco le medie: 39°.45; 39°.3; 39°; 38°.9; 38°.75; 38°.6; 37°.8; 37°.3; 37°.1; 37°.5. Come diremo nel paragrafo *Insufficienza della vaccinazione*, è questa uniformità che rappresenta, a nostro credere, il regolare, efficace influsso della vaccinazione quasi costantemente.

Però sia lecito osservare che la cura fu fatta (come col metodo seguito ordinariamente dal Biocca) con tre vaccinazioni, a giorni alterni, a cominciare dal I grado, poi col II e quindi col III. Ciò, forse, mostra la superiorità del metodo da me per lo più seguito: iniezioni a distanza di 24 ore, e prima di III, poi di II e quindi di I grado.

Influenza sullo stato generale. — Costantemente i nostri ammalati hanno avuto un immediato giovamento nelle condizioni loro generali, il che fa riscontro col fatto che il rene, sebbene vi fosse albuminuria, non solo non peggiorò, ma spesso diede orine normali, quando prima della cura vi era albuminuria: indizio della diminuita tossicità del sangue.

Parecchi dei nostri malati erano veramente in uno stato tifoso grave, e ciò nondimeno ad ogni iniezione mostrarono un progressivo miglioramento delle loro condizioni. Citerò specialmente il caso *Ops.* (24).

Specialmente è notevole un caso che non figura nella nostra statistica, di una bambina di anni 10, che ebbe ben sette volte in otto giorni l'iniezione di un centimetro cubico di II grado. La malata era comatosa, affetta da tremori più specialmente nell'arto superiore destro, tanto da simulare una meningite: il mattino appresso ad ogni iniezione la piccola inferma presentava un risveglio delle sue facoltà mentali, ed ora, tuttochè febbricitante, è in condizioni generali assai soddisfacenti.

Uno dei segni più comuni è quello di vedere al mattino appresso al giorno della vaccinazione il malato in un sonno tranquillo, segno che da lungo tempo ho segnalato come uno dei precursori della guarigione del tifo, anche prima delle forti remissioni di temperatura.

Un altro sintomo è quello del ricomparire il senso della fame, come ad esempio fu nel caso *Zol.* (34). Così anche abbiamo veduto sparire il delirio: e per lo stato cardiaco e la minaccia di collasso può servire il caso *Sor.* (39). Nei casi *Zob.* (18) e *Tepr.* (14) avemmo con la vaccinazione immediata scomparsa nella prima del vomito, dell'abbattimento e del collasso cardiaco: nella seconda sparì immediatamente un molestissimo senso di bruciore e dolore generale delle membra e uno stato maniacale assai impressionante. Ora è istruttivo il fatto che nella prima, alla recidiva del male, e nella seconda alla ripresa, i sintomi ricominciarono.

Ciò che sorprende è il fatto che questa azione *chimica* ed *immediata* del vaccino è distinta ed indipendente dalla azione *remota* e *funzionale* del medesimo, volendo così chiamare queste due azioni; perchè anche nei casi refrattari, come nel

(*) Il numero in parentesi consecutivo al nome si riferisce alla numerazione dei casi fatta nella 1ª parte.

caso *Ced.* (1), ordinariamente la prima di queste azioni si verifica.

Certo noi non possediamo in terapia mezzi così diretti ed efficaci contro i sintomi tifosi: e siccome il vaccino ci è risultato perfettamente innocuo, quindi crediamo che nei casi gravi non solo non vi sia ragione per non adoperarlo, ma anzi ve ne siano due.

Insufficienza della vaccinazione. — Nei casi nei quali la cura non riuscì efficace se non dopo una rivaccinazione, ed in casi analoghi a questi, la temperatura dopo la vaccinazione mostra di caratteristico una grande oscillazione nelle cifre. Sebbene queste oscillazioni si siano viste anche in casi nei quali la guarigione sopravvenne prontamente senza rivaccinare, come nel caso *Viv.* (17), che ebbe febbre soltanto per tre giorni dopo cessata la cura, pure ritengo sia molto utile tener calcolo di questo fatto per ripetere sollecitamente la vaccinazione.

La *media delle temperature giornaliere* deve quindi essere tenuta in grande calcolo nella vaccinoterapia. Citiamo il caso *Res.* (2) come modello di diminuzione graduale e senza oscillazione. La febbre in questo caso durò tre giorni dopo la cura. Ora le medie dei tre ultimi giorni anteriori all'inizio della cura furono rispettivamente 38°.7, 39°.1, 39°.1. Dopo la cura la media fu più bassa e a curva regolare, cioè nei tre giorni di sopravvivenza della febbre fu rispettivamente 38°.8, 38°.3, 38°.3. Nel primo giorno di apiressia 37°.1. Nel caso *Viv.* (17) sopra citato i giorni immediatamente consecutivi alla fine della cura diedero le temperature medie di 37°.9, 38°, 37°.1, 37.4. Il Il caso *Ref.* (16) mostra anch'esso queste temperature oscillanti. E realmente la cura poteva essere più forte o ripetuta, e certo allora la febbre non sarebbe durata per 7 giorni. Ecco le sue medie nei giorni consecutivi alla cura: 38°.8, 38°.7, 38°.2, 39°.1, 38°.2, 37°.9, 36°.4.

Nel caso *Arb. T.* (23) si ha ugualmente dopo la prima vaccinazione la serie seguente di medie: 38°.8; 38°.1; 37°.75; 37°.6; 38°.3; 38°.5; 38°.2; 38°.9; 38°.7. L'insufficienza fu dimostrata dal fatto che una seconda vaccinazione diede l'immediata guarigione. Nel caso *Iap.* (27) avemmo pure bisogno di una seconda vaccinazione. Ebbene prima della prima vaccinazione le temperature diedero le seguenti medie: 38°.7; 39°; 39°.4. Immediatamente dopo si fece la vaccinazione, e subito dopo questa si potè notare la sua parziale efficacia, perchè le temperature medie furono 38°.6; 38°.3; 38°.6; 38°.2; 37°.95; 38°.1. Contro questa curva oscillante sta la curva che ottenemmo dopo la seconda cura che fu quella efficace definitivamente. Le medie furono; 38°.15; 38°; 37°.65. Lo stesso si verifica nel caso *Ram.* (19), *Laf.* (21), *Lud.* (28) nella sua prima cura, *Tam.* (36) nella sua prima cura e nel caso *Arb A.* (26), che credo che con un intervento più energico non avrebbe avuto otto giorni di persistenza della febbre. Infatti tutti costoro ebbero bisogno di una rivaccinazione, e nel caso *Laf.* (21) non rivaccinata, la febbre durò 12 giorni.

Io credo che valendosi di questo indizio, si avrà una guida con cui gli effetti delle vaccinazioni dovranno essere notevolmente accresciuti.

Sarebbe errore però il credere che quando le temperature cadono in modo uniforme e senza oscillazione, l'organismo però sia sicuramente vaccinato. Ciò si vede chiaramente nel caso *Zob.* (29) e nel caso *Ram.* (19), in ambedue i quali fu necessaria la rivaccinazione.

Riaccensioni della febbre. — Esaminando attentamente le curve dei nostri malati vaccinati o no, spesso abbiano veduto che la temperatura subiva dei rialzi o piccole riprese o piccole ricadute: queste rappresentano molto bene la lotta che fa l'agente morbigeno per mezzo dei veleni che produce da un lato; e dall'altro il grado più o meno forte di reazione dell'organismo. Questa reazione si vede talora affievolirsi a scomparire, ed i sintomi morbosi, tra cui la febbre, ricompariscono. Se si lascia per qualche tempo la malattia a sè stessa, si può vedere una specie di gara tra l'organismo che si aiuta da sè, e l'aiuto prestato dalla vaccinazione. A volte è la natura a volte è l'arte che soccorre il paziente. Nel caso *Zob.* (18) dopo una vaccinazione a dosi crescenti e a giorni alterni (metodo Biocca) si ebbero tre giorni di apiressia, poi una forte ripresa, nella quale applicai la vaccinazione a giorni consecutivi, dal terzo al secondo al primo grado. La febbre sopravvisse ben dieci giorni. Guarita la malata, fu soggetta ad una ricaduta con sintomi gravi, temperatura fino a 40°, ma di durata breve. E qui la guarigione fu spontanea e permanente.

Nel caso *Lud.* (28) dopo una leggerissima vaccinazione la febbre non sopravvisse che un giorno. Ma seguì una recidiva di sette giorni con massimo di 39°.4, e questa volta la guarigione fu spontanea.

Consultando la tabella delle rivaccinazioni si può del resto avere una prova palmare del quanto le statistiche della vaccinazione possono miglio-

rare, quando il rimedio sia usato senza esitazione o paura quando si tengano presenti questi criterii.

Rivaccinazioni. — Ecco la nostra statistica. Da essa togliamo il caso *Lud.* (28) perchè ancora sotto studio.

Tabella della sopravvivenza della febbre dopo terminata la rivaccinazione.

Casi 2, febbre giorni 0; Casi 2, id. 3; Casi 2, id. 4; Casi 2, id. 6; Casi 1, id. 8; Casi 2, id. 10; Totale casi 12; media permanenza febbre giorni 5.

I due casi che portano la durata di giorni 10 sono di rivaccinazione assai tardiva (vedi *Zob.* (18) e *Gap.* (20).

Varii fattori che influiscono sull'efficacia della vaccinazione. — Anzitutto vi è un elemento individuale, che consiste nella facoltà più o meno grande che ha l'organismo di opporsi così al principio morbigeno come a quello vaccinatore. Questo già si vede da quanto abbiamo detto sulle variabilità di questa potenza di difesa già nello stesso individuo nei varii periodi della lotta dell'organismo contro la malattia. Ne parleremo anche meglio a proposito dei *resistenti* e *refrattari*. Due fattori però anche essi importanti sono: l'intervento più o meno precoce nel decorso della malattia, contando per giorno di malattia; e l'esistenza o meno, in mezzo alle temperature più o meno alte, di qualche notevole remittenza nel decorso della febbre durante il periodo anteriore alla vaccinazione. Ne diamo qualche saggio.

In coloro che furono curati tardivamente, oltre la prima settimana e mezza, avemmo talora buoni effetti: per esempio il caso *Arg.* (15) ebbe permanenza della febbre giorni 0 malgrado il principio della vaccinazione fosse fatto in 13ª giornata di malattia; il caso *Loc.* (33) ebbe permanenza della febbre giorno 1, sebbene vaccinato il 15° giorno; *Sac.* (30) giorni 2, circa 20°; *Viv.* (17) giorni 3, 14°; *Res.* (2) giorni 3, in 13°, *Tac.* (13) giorni 4 in 25° ecc.

Nei casi, invece, *Bit.* (11) e *Loc.* (33), vaccinati rispettivamente l'11° e il 10° giorno, la permanenza della febbre fu di giorni 0, ed 1. Qui è naturale il pensare che la precocità della cura abbia avuto un peso nel buon risultato.

Ecco una serie di esempi nella quale si ebbe buon effetto dalla cura in soggetti che avevano mostrato notevoli remissioni prima della vaccinazione: *Bit.* (11) e *Arg.* (15), giorni 0; *Loc.* (33), e *Loz.* (6) e *Lis.* (8) giorno 1; *Sac.* (30) giorni 2; *Cez.* (12) giorni 4.

Al contrario presentando pure delle remittenze prima della cura, non ebbero effetto rapido *Arf.* (37) giorni 8 e *Srog.* (32) giorni 10; di essi però il primo fu vaccinato tardi, cioè in 14° giorno.

I casi seguenti presentarono bensì le suddette remittenze, eppure la febbre persistè per pochissimo: *Sac.* (30) giorni 2, 22°; *Arg.* (15) giorni 0, 13°; *Loc.* (33) giorno 1, 15°.

Il caso *Alf.* (10), curato molto precocemente, in 8° giorno, ebbe una persistenza della febbre per giorni 5.

Come si vede, l'efficacia più o men grande della cura essendo soggetta a molti fattori, ed essendo a mio credere il più importante proprio quello, la cui portata ci è del tutto ignota *a priori*, cioè il fattore individuale, non è possibile di prevedere il grado dell'effetto della cura. Da più e più casi però risulta chiaro che i vaccinati oltre il fine della 3ª settimana diedero effetti visibilmente più scarsi (cfr. anche i due casi di rivaccinazione che guarirono dopo 10 giorni al (par. *Rivaccinazione*).

Complicati, Resistenti, Refrattari. — Nel nostro studio abbiamo dovuto forzatamente omettere, perchè tuttora in cura, quei casi, che furono circa 4 o 5 nei quali sopravvenne una complicazione febbrile (polmonite e varie manifestazioni di piogeni, per es. foruncolosi, ascessi, otiti medie suppurative). Questi casi hanno certamente dato delle curve alquanto meno favorevoli; ma se, come ho in mente, le pubblicherò, l'efficacia del rimedio si vedrà evidente. Questi sono i *complicati*; essi però non sono refrattari. Il caso di maggior durata della febbre (21 giorni) del *Mop.* (4) appartiene appunto a questa classe.

È notevole che più volte abbiamo osservato, in ordine cronologico, *prima* una certa resistenza all'azione del vaccino, e *poi* la manifestazione purulenta. Dobbiamo credere che fin da principio esistessero dei piogeni in circolazione, i quali si fissarono poi formando le varie manifestazioni purulente? Ovvero la maggiore gravità del male ha reso l'organismo suscettibile di una successione morbosa di natura suppurativa? Ricerche di questo genere si potrebbero fare solamente facendo la coltura del sangue. Noi l'abbiamo fatta (e ringraziamo l'egregio prof. Pergola dei Laboratori di sanità dell'aiuto che ci ha prestato). Ma le nostre ricerche furono senza risultato. Però esse furono condotte in periodo troppo inoltrato di malattia, quando cioè l'emocoltura suole riuscire

sterile: e d'altronde a principio dalle ricerche non eravamo orientati verso questa direzione. Nemmeno è escluso che lo stesso bacillo del tifo possa avere causato la suppurazione. Questo fatto, già noto da ricerche di Loriga e mie, si è verificato in uno dei nostri ammalati (non vaccinato) che nella convalescenza ha presentato numerosi ascessi nelle natiche. In esso fu trovata una coltura pura di bacilli del tifo senza piogeni.

Prima di parlare dei 3 *refrattari veri* è utile esaminare il caso *Gap*, (20) che io chiamerò dei *resistenti*, che fu rivaccinato, e guarì 10 giorni dopo la rivaccinazione. Una influenza in esso della prima vaccinazione si rilevò certamente, come si vede dalle seguenti temperature medie dei tre giorni immediatamente precedenti alla cura: 38°.8, 38°.9, 38°.5. Immediatamente dopo la cura si ebbe 38°.8, 38°.8, 38°.7, 38° 5, 38°.2, 38°.2, 38°.5, 38°.7. La seconda cura fu di lenta azione, e la malata è guarita 10 giorni dopo. È notevole che la seconda vaccinazione fu fatta alla distanza dalla fine della prima di ben 15 giorni, e che la prima fu fatta al 20° giorno di malattia. Sono qui più che mai convinto che se mi fossi servito dei dati poco fa esposti circa le medie delle temperature, e avessi, sulla base dell'andamento oscillante delle medesime, eseguito più presto la rivaccinazione, questo caso figurerebbe tra i buoni. È però notevole che *la Vidal in 19ª giornata ancora non era comparsa, ed è comparsa molto tempo dopo.*

Ora qui due elementi vi sono per dare la spiegazione sulla tarda azione del rimedio: 1° la Vidal negativa fino a periodo tardo; 2° la tardività del rimedio, specie l'applicazione tarda della seconda vaccinazione.

Ma una considerazione, quella delle medie succitate, posteriori alla prima vaccinazione, medie che presentano le già notate oscillazioni, avrebbe dovuto consigliare un secondo intervento senza che altri 15 giorni trascorressero.

Nella *Zob.* (18), altra malata guarita dopo 10 giorni dalla seconda vaccinazione, questa fu troppo procrastinata (25 settembre, 30 ottobre).

Questi casi non sembrano refrattari ma semplicemente *resistenti.*

Vengono ora i tre casi *veramente refrattari.*

Abbiamo prima il caso *Ded.* (9), che perdemmo per emorragia, senza che il rimedio avesse potuto dare un qualche effetto sulla temperatura. In essa *la reazione del Vidal fu negativa.*

Volendo però guardare le temperature medie dei giorni immediatamente susseguenti alla cura, noi troviamo dal 13 al 22 ottobre le seguenti medie temperature quotidiane: 38°.4, 38° 8, 38°.6, 38°.5, 38°.2, 38° 3, 38°.5, 38°.2, 38°.5, 38°.35. Qui si nota dunque il carattere saltuario degli insufficientemente vaccinati: e, altro carattere, la diminuzione in queste temperature medie in paragone della altezza della cifra dei giorni immediatamente anteriori alla vaccinazione. Abbiamo infatti nei 3 giorni anteriori ad essa: 39°.1, 39°.1, e nel giorno intermedio un 36°.2, che altra spiegazione non può avere se non una enterorragia non avvertita; giacchè fu questa la complicazione che spense la malata.

Ritengo, pertanto, che *forse* con un rapido ripetersi delle vaccinazioni si poteva salvare questa malata: seppure, come diremo fra poco, la Vidal negativa non ci avesse, in seguito, indicato essere il compito inaccessibile.

Vengono poi il caso *Cec.* (29), perfettamente insensibile al rimedio, e con Vidal negativa fino all'ultimo. *Esso pure però fu vaccinato assai tardi.*

L'ultimo refrattario fu il caso *Ced.* (1), che dopo aver dato lungamente prova di refrattarietà, manifestò una lunga serie di ascessi attorno all'ano.

Riassumendo, i casi refrattari furono tre: la *Ded.* (9), con reazione del Vidal negativa e forse insufficientemente vaccinata. Il *Cec.* (29), vaccinato tardissimamente e con costante reazione del Vidal negativa. Il *Ced.* (1), vaccinato abbastanza presto, non rivaccinato, e che terminò con complicazioni purulente e quindi potrebbe anche passare per un *complicato.*

Vaccinazione dei bambini dai dodici anni in giù. — Abbiamo vaccinato e rivaccinato i bambini, superando la diffidenza e la paura che regna in in questo argomento. Possiamo assicurare di non aver notato il benchè minimo inconveniente. In un caso che non è contemplato nella mia statistica perchè tuttora in cura, abbiamo iniettato dal 25 ottobre al 2 dicembre (eccettuato il 27) per ben 7 volte 1 cmc. di secondo grado. La malata che era veramente in uno stato gravissimo, si è riavuta in un modo graduale ma stupefacente: la piccola inferma, sebbene ancora nelle temperature non vi sia un notevole miglioramento, da più giorni è passata dallo stato comatoso alla completa coscienza, e stamane (9 dicembre) giuocava con la bambola!

Tabella dei bambini vaccinati:

Numero dei milioni di batteri inoculati, giorni di febbre persistente, età.

Arb. T.	(23),	milioni	1200,	giorni	0,	anni	7
Lud.	(28),	id.	750,	id.	x,	id.	7
Arg.	(15),	id.	700,	id.	0,	id.	12
Ref.	(16),	id.	700,	id.	7,	id.	11
Tep.	(7),	id.	500,	id.	7,	id.	12
Viv.	(17),	id.	500,	id.	3,	id.	11
Arb. A.	(26),	id.	400,	id.	8,	id.	9
Laf.	(21),	id.	250,	id.	12,	id.	11

Il lettore potrà forse esaminando le storie trovare che talora la cura parve insufficiente. E il caso *Arb. T.* (23), guarito dopo 0 giorni di febbre, ma solo dopo la rivaccinazione, n'è la prova evidente.

CONCLUSIONI.

I lettori avranno notato che io ho adoperato delle dosi superiori a quanto ammesso ordinariamente. Ad eccezione del caso *Tepr.* (11) (puramente riferito) nessuno dei miei casi diede sintomi di benchè minima intolleranza. Sulla portata di quei sintomi notati dopo le vaccinazioni in questo caso, non posso naturalmente giudicare.

Ho usato vaccinazioni e rivaccinazioni, mostrando che anche un'unica terapia relativamente forte può essere insufficiente.

Nei casi gravi ho avuto casi soddisfacenti, e nessuno inconveniente. Al contrario ho notato, in essi e negli altri, una benefica azione sullo stato generale, delirio, pericolo di collasso, vomito, ecc. Ritengo quindi che nel vaccino vi sia un'azione chimica immediata distinta dalla fisiologica e mediata.

Le statistiche da me avute sono assolutamente confortevoli (vedi pag. 1808) e potranno migliorare rivaccinando in tempo.

I refrattari furono 3, e sulla possibilità di rendere anche minore la loro percentuale, rimando il lettore alla discussione del relativo paragrafo.

Siccome il vaccino non ebbe influenza sulle complicazioni febbrili del tifo, quindi l'effetto suo fu alquanto oscurato dalle sopravvenienti suppurazioni.

Ho usato vaccinazioni e rivaccinazioni nei bambini con buon successo e con dosi alte.

Pubblicheremo prossimamente:

Artom, Sulla ptosi a bilancia nella meningite basilare luetica.

(8)

SUNTI E RASSEGNE

LARINGOLOGIA.

Contributo allo studio delle localizzazioni laringee nella tubercolosi polmonare.

(Riassunto d'una comunicazione al XVI Congresso della Soc. Italiana di oto-rino-laringologia. Roma, novembre 1913)

per il prof. T. MANCIOLI
aiuto nella Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma.

Molti autori si sono occupati di studiare i rapporti fra localizzazioni laringee e tubercolosi polmonare; ho ritenuto quindi opportuno, basandomi sulle numerosissime osservazioni fatte al dispensario « Re Umberto », aperto al pubblico dal settembre 1911 e dove nel solo 1912 affluirono ben 2224 malati, di portare un contributo personale a questo studio.

1. *Frequenza.* — La localizzazione laringea viene descritta, insieme con la intestinale, la complicazione più frequente della tubercolosi polmonare. Willigh la trovò (1856) nel 13.8 %, Inhofer (1908) nel 20.8 %, Potanger nel 29 % fra i malati di un sanatorio.

Le osservazioni più sicure e cioè quelle basate sulle autopsie dànno una frequenza del 28.1 % Eichhorst, 30.6 % Heinze, 50 % Kidd.

Io ho trovato, clinicamente, una frequenza ancora maggiore e cioè il 60 %, notando subito che i reperti laringoscopici negativi si hanno in casi di lesione unilaterale del polmone, in alterazioni polmonari del periodo secondario, in bambini tubercolosi.

Ritengo che la differenza delle statistiche debba ricercarsi nel fatto che le osservazioni non sono state ripetute.

Io, seguendo i malati da quasi due anni, ho veduto svolgersi delle lesioni laringee in tubercolosi che prima ne erano esenti.

Ricorderò a tal proposito i casi 1 e 2 dei quali riporto in fine un cenno di storia.

Altra causa d'errore, che può rispecchiarsi nella valutazione della frequenza, è data dal criterio anatomopatologico, e in tal caso laringoscopico, su cui si basa la diagnosi.

Sappiamo bene che sono frequenti nei tubercolosi dei semplici catarri faringo-laringei che non debbono essere considerati specifici, ma condividiamo col Potanger l'idea che tutti gli ispessimenti della mucosa della laringe in individui

affetti da tubercolosi polmonare devono essere considerati, di regola, come lesioni tubercolari.

Mi è accaduto talora di osservare individui che all'esame degli organi interni non presentavano segni certi di tubercolosi polmonare, con esame negativo dell'espettorato, presentare delle infiltrazioni caratteristiche della laringe, tali da far ammettere quella diagnosi di tubercolosi che poi si rivelava dopo qualche mese ad un nuovo esame del polmone.

2. *Periodo.* — Tutto ciò risponde ad un altro quesito che molti autori si sono già rivolti e cioè del periodo della tubercolosi polmonare in cui la forma laringea si manifesti e cioè mentre fin dal I periodo si possono avere manifestazioni laringee, queste si faranno sempre più frequenti nei periodi successivi come del resto risulta da una statistica di Besold e Gidionsen che su 498 casi trovarono la tubercolosi laringea 12.35 % nel primo periodo della tubercolosi polmonare; 31.93 % nel II periodo e 55.82 % nel III.

3. *Rapporti di gravezza.* — Riguardo ai rapporti di gravezza fra le due forme, se *vogliamo considerarla separatamente*, gli AA. dicono che i casi più comuni sono quelli in cui ad una tubercolosi polmonare avanzata s'accompagna una lesione laringea di media gravezza.

Però sono numerose le eccezioni a questo parallelismo di evoluzione.

Tuttavia è certo che le forme ulcerative sono più frequenti nei casi più avanzati della tubercolosi polmonare.

Ciò viene dimostrato anche dal fatto che la forma anatomopatologica quasi esclusivamente predominante nei malati che ho osservati, è stata la *infiltrazione* la quale in qualche caso si è talmente sviluppata da assumere la forma vegetante fino ad apportare la stenosi (caso 5).

Il tipo pressochè unico riscontrato è dovuto in tal caso alle condizioni generali abbastanza buone dei pazienti, tanto che questi possono frequentare ancora un dispensario senza essere obbligati alla cura ospitaliera.

I rapporti di *reciprocità* fra le due forme, e cioè come la lesione tubercolare laringea aggravi la forma polmonare, specie per la disfagia che ostacola l'alimentazione, sono ben noti.

4. *Localizzazioni e rapporti di lateralità.* — Si affermò che c'era una relazione di lateralità fra la parte della laringe e la parte del polmone da maggior tempo malato.

Il carattere della lateralizzazione, oltre che per l'importante aiuto diagnostico, rappresentando un argomento in favore della teoria linfatica della infezione laringea, era sostenuto da Schrötter, Friedreich, Bresgen, Schnitzel, Schöffer, ecc., contro coloro che ammettevano il meccanismo della espettorazione.

Recentemente Jouty e Molle hanno sostenuto che le lesioni tubercolari di una emilaringe coesistono con lesioni predominanti a livello della fossa sopra e sottospinosa del lato opposto: essi spiegano questo fatto con uno stato di diminuito trofismo in cui tutta la regione innervata dal pneumogastrico del lato malato viene a trovarsi rendendo così facilmente attecchibile l'infezione: il lavoro, basato su 6 osservazioni, si fonda su disturbi unilaterali della sensibilità.

Nella pratica, però, la grande frequenza delle localizzazioni diffuse o delle connessure non permette di appurare questa teoria.

Riassumiamo le osservazioni fatte su questo argomento: la lesione laringea coesisterebbe alla lesione polmonare con le seguenti percentuali secondo i vari autori:

Laub.	nel	53.5 %
Krieg	»	39.3 %
Magenau	»	16.25 %
Guder	»	19.6 %
Frese	»	5 %
Besold	»	32 %
Juraz	»	7.9 %
Pfeiffer.	»	50 %
Blumenfeld. . . .	»	5 %

Dalle mie osservazioni si conferma il grande predominio della localizzazione interaritenoidea (32 %) cui fa riscontro la localizzazione multipla (22 %) in cui la regione interaritenoidea è di solito anche interessata: si può quindi calcolare che nella metà dei casi o da sola o accompagnata da altre localizzazioni, la regione interaritenoidea sia compromessa.

Tutto ciò rende di scarsa importanza il criterio di unilateralità, il quale si basa su un numero di casi tanto rari da sembrare eccezionali. Però in due ho potuto osservare che questo criterio corrispondeva perfettamente (casi 3 e 4).

Come alterazione notevole per la sua alta percentuale (17 %) ho riscontrato la paresi degli adduttori, pur trattandosi di individui con localizzazioni polmonari riferibili al II periodo. Riferisco per i casi da me osservati la

Frequenza delle localizzazioni tubercolari nelle varie regioni della laringe.

Varie regioni della laringe contemporaneamente. . . .	22 %
Lo spazio interaritenoideo. .	32 %
La regione delle aritenoidi. .	4 %
Una corda vocale vera . . .	2 %
Una corda vocale falsa . . .	2 %
Entrambe le corde.	2 %
Entrambe le false corde . . .	2 %
Paresi degli adduttori	17 %

5. *Tubercolosi laringea nell' infanzia.* — Tutti gli autori sono concordi nel riconoscere la rarità della tubercolosi laringea nell' infanzia e questa rarità è, d'altra parte, tanto più sorprendente quando si pensi alla grande frequenza delle infiammazioni croniche e acute nella laringe dei bambini.

Vero è che il Perrin afferma che tale diagnosi è più facile farla alla necroscopia decorrendo spesso con assenza di sintomi e specie della disfagia.

Con tutto ciò basterà ricordare che fra gli Autori più recenti, il Collet, su più di 1000 casi di tubercolosi laringea, non ne ha visti che quattro casi in bambini. Magenau uno su 400 tubercolosi laringei. Lake su 605 casi tre volte. Lockard due volte su 904 casi.

Nel dispensario Re Umberto, estendendosi l'osservazione ai figli dei tubercolosi che vengono a visitarsi, ho potuto constatare in 4 casi di ragazzi da 8-12 anni con notevoli lesioni tubercolari del polmone:

La laringe completamente normale in 1 caso (n. 3), in un altro la lesione laringea comparve assai tardivamente, in un altro vi fu una fugace iperemia del vestibolo che migliorò con la cura, e nell'ultimo, infine, si notò per un certo periodo di tempo un'infiltrazione dello spazio interaritenoideo che andò pure migliorando.

In cinque casi sospetti (figli di tubercolosi, con esame del torace negativo, ma cutireazione positiva) trovai in due iperemia costante delle corde, false corde o della regione aritenoidea, ed in un caso anche infiltrazione dello spazio interaritenoideo.

I. Bambino di 10 anni. — Nella visita del febbraio 1913 si era riscontrato ipofonesi agli apici, rantoli a medie e piccole bolle, ronchi e sibili, ottusità alla regione sottoclavicolare; l'esame laringoscopico era risultato negativo nel maggio e nel luglio, mentre nell'ottobre si rivelò infiltrazione caratteristica nella regione interaritenoidea.

II. Donna di 34 anni — Mentre l'esame laringoscopico nel principio del 1912 era negativo di fronte ad un reperto del torace costituito da

leggera ipofonesi nella fossa sopraspinosa destra, murmure vescicolare aspro all'apice destro con qualche ronco e rantolo, col peggiorare delle condizioni del torace, nell'ottobre 1913, compariva l'infiltrazione specifica della regione interaritenoidea.

III. Donna di 21 anni. — Il 23 marzo 1912 presenta ipofonesi, fossa sottoclavicolare sinistra, rantoli alla fossa sottoclavicolare destra e torace posteriore sinistro: sputi negativi; nella laringe il 20 maggio 1912 regione interaritenoidea e corde vocali leggermente infiltrate, all'esame generale del 16 novembre 1912 si trovano le localizzazioni polmonari più diffuse, e abbondantemente positivi gli sputi. L' esame laringoscopico, il 4 dicembre 1912, mostrava che la infiltrazione della regione interaritenoidea era aumentata in modo da assumere la forma vegetante.

IV. Donna di 33 anni. — Il 27 agosto 1912 presentava riduzione di suono al lobo superiore sinistro, rantoli diffusi a medie e piccole bolle a sinistra posteriormente e anteriormente nella fossa sopra e sottospinosa; rantoli scarsi posteriormente a sinistra L'esame laringoscopico, 20 novembre 1912, mostrò leggera infiltrazione della regione interaritenoidea e della falsa corda sinistra.

V. Donna di 21 anni. — L'8 maggio 1913 ipofonesi lobo superiore destro e base emitorace sinistra: rantoli a piccole e medie bolle su tutto il torace e specie al lobo superiore destro e anteriormente nella fossa sottoclavicolare destra, all'esame laringoscopico, 16 maggio 1913, si notava infiltrazione della corda e falsa corda destra, cui seguiva, il 6 giugno, infiltrazione delle aritenoidi e dell'epiglottide, determinando stenosi grave.

(Ringrazio vivamente la Direzione medica del Dispensario del largo aiuto fornitomi e segnatamente il senatore prof. Marchiafava del permesso di pubblicare queste osservazioni). M.

CHIRURGIA.

La chirurgia del pancreas.

(WILLIAM J. MAYO *Ann. of Surgery*, agosto 1913).

La situazione profonda del pancreas costituisce una notevole difficoltà per l'esatto apprezzamento degli stati patologici di detto organo durante la vita: e le poche conoscenze che di essi abbiamo si debbono principalmente alle osservazioni di qualche chirurgo ed alle ricerche sperimentali.

Il pancreas deriva da due o tre estroflessioni della lamina intestinale, e nei primordi della vita del feto è intraperitoneale. In seguito subisce una rotazione verso destra e perde il suo peritoneo posteriore, il quale si trasforma in tessuto fibroso.

Il pancreas riceve sangue da varie sorgenti, di cui le principali sono: la pancreatico-duodenale superiore, l'inferiore e i rami derivati dall'arteria splenica mentre scorre sul margine superiore del corpo del pancreas.

I linfatici seguono le vie sanguigne, ciò che, come ha mostrato Deaver, è un fatto importante per l'insorgere di una pancreatite.

Il pancreas non ha una capsula propria, ma una pseudocapsula si forma rapidamente per stimoli infiammatorii. Esso trovasi nascosto dietro il fegato, duodeno, colon trasverso e sopratutto dietro lo stomaco; per raggiungerlo, il chirurgo si fa di solito strada traverso il grande omento, dopo aver spinto lo stomaco in alto, il colon in basso. Il pancreas è di solito fisso per la testa, mentre ha mobile il corpo e la coda, ma talora la sua mobilità raggiunge un tal grado, che l'operatore può stirarlo fuori della cavità addominale.

I. — *Lesioni del pancreas durante le operazioni sullo stomaco.*

Haberkant ha avuto una mortalità del 76 % nelle resezioni di stomaco per cancro, in cui il pancreas, in parte compreso nella neoplasia, fu leso. Mikulicz nelle stesse condizioni, cita una mortalità del 70 %, contro 27.5 % nei casi in cui il pancreas rimase intatto. In 448 resezioni dello stomaco per affezioni benigne o maligne, i fratelli Mayo ebbero una mortalità del 10 %. In circa 8 % di questi casi il pancreas venne leso con una mortalità dell'11 %. Il dotto pancreatico principale non fu però mai raggiunto, essendosi i Mayo limitati ad escidere la porzione superficiale dell'organo aderente allo stomaco. Dopo aver rimosso la parte pilorica cancerosa, essi affondavano il moncone duodenale, chiuso con due suture a borsa di tabacco, direttamente nella ferita pancreatica, secondo il suggerimento di Willy Meyer. Suturavano poi il peritoneo anteriore e la capsula neoformata del pancreas alla superficie anteriore del duodeno.

Non raramente le ulceri della parete posteriore dello stomaco si perforano ed acquistano forti aderenze col pancreas, nel quale a poco a poco si forma una cavità. L'operatore è, in tali casi, costretto ad escidere un tratto notevole del tessuto pancreatico infetto. Per controllare l'emorragia gli AA. usano mobilizzare un tratto dell'omento gastro-colico o gastro-epatico e fissarlo con sutura alla escavazione formatasi nel pancreas.

II. — *Lesioni del pancreas nel corso di operazioni sulla milza.*

In 31 splenectomie, praticate nella Clinica Mayo, la coda del pancreas fu lesa tre volte, per il fatto che questa arriva coi vasi splenici fino all'ilo della milza. In un caso insieme con la milza furono rimossi circa 4 cm. della coda del pancreas, così da lasciare allo scoperto il dotto pancreatico: la soluzione di continuo fu ricoperta col peritoneo. Il paziente guarì perfettamente.

Si ebbe pure guarigione in un secondo caso (anemia splenica), in cui 3 cm. della coda furono trovati uniti al peduncolo splenico.

In un terzo caso, pure di anemia splenica, una buona parte del pancreas fu suturata in più piani attorno ai vasi splenici, che per le loro condizioni di friabilità non permettevano una legatura diretta. Anche in questo caso il paziente potè lasciar dopo breve tempo l'ospedale in buone condizioni, nonostante che la sutura e la legatura attorno al pancreas avessero dovuto meccanicamente occludere il dotto pancreatico.

III. — *Resezione di metà del pancreas per tumore.*

Si trattava di una donna di 37 anni con una storia di dolori colici dell'epigastrio e ipocondrio sinistro, che risalivano a tre mesi prima dell'ingresso nell'ospedale. Aveva perduto kg. 8 di peso. L'esame del contenuto gastrico, delle feci, del sangue, la radiografia furono negativi. Fu fatta la diagnosi di probabilità: colelitiasi con risentimento pancreatico. L'operazione non rivelò presenza di calcoli nella cistifellea, ma mise in evidenza un tumore della grandezza di un uovo nel pancreas. Fu rimosso insieme con parte del corpo e con la coda del pancreas, e l'emorragia controllata con clamps lasciati a dimora per cinque giorni. Il tumore, che macroscopicamente poteva sembrare di carattere maligno, si mostrò all'esame istologico come una cisti trabecolare con pareti spesse, compresa in un tessuto di sclerosi. Guarigione.

Poche sono le resezioni del pancreas per tumore, nonostante che Billroth, fin dal 1884, lo avesse rimosso per adeno-carcinoma. Finney ha raccolto 16 casi di resezione per tumore, ed ha citato un importante caso personale, in cui i due monconi pancreatici divisi furono suturati con esito buono. Dei 16 casi su ricordati, 9 ebbero risultato favorevole, 7 un esito infausto. È da notare che in questi 7 casi si trattò sempre di neoplasie maligne.

A. CHIASSERINI.

PATOLOGIA DELLA NUTRIZIONE.

Stati patologici dipendenti da difetti nella dieta.

(SCHAUMANN. Congresso di Londra).

Un fatto ora generalmente riconosciuto è che una alimentazione completa dell'uomo e degli animali superiori è costituita dagl'idrati di carbonio, grassi, albumina, sostanze minerali ed acqua in una quantità che corrisponda al dispendio di energia del singolo individuo. Come espressione aritmetica generale dell'energia introdotta nell'organismo in forma di nutrimento si è scelto il valore della combustione delle sostanze alimentari e questo si è posto a base della legge dell'isodinamia.

Questa legge ha però un assoluto valore solo per gl'idrati di carbonio ed i grassi, mentre per gli albuminoidi ha un valore limitato; giacchè il primo gruppo di sostanze costituisce in realtà sostanze termogeniche: all'albumina invece spettano funzioni essenziali nella vita del protoplasma: recentemente si è dimostrato che, oltre all'albumina, altri elementi sono essenziali e non sostituibili, così i nucleoproteidi, i fosfatidi, la fitina e la colina; però sull'importanza di questi corpi nel ricambio le nostre conoscenze sono ancora frammentarie.

Quindi, oltre a sostanze bene note e conosciute chimicamente, esistono numerosi corpi finora poco conosciuti che hanno un'importanza grande nella fisiologia della digestione.

Lo studio di un gruppo di tali elementi nutritivi si connette colle osservazioni fatte recentemente per le ricerche dell'etiologia del beriberi e dello scorbuto. L'Eykmann ha infatti trovato che i polli che vengono nutriti per lungo tempo con riso accuratamente liberato dei suoi involucri muoiono di una malattia che presenta molta analogia col beriberi, in cui si riscontrano paralisi delle zampe e delle ali, con degenerazione di nervi periferici, forte dimagramento, talora edemi e prima della morte dispnea e cianosi.

Altri autori sono riusciti ad avere quadri morbosi analoghi alimentando gli animali con mais, patate, pane o carne molto salati. Inoltre si è osservato che alcuni elementi riscaldati a lungo in autoclave a 120° perdono il loro valore nutritivo e determinano alterazioni gravi negli animali a cui vengono somministrati.

Qui non si può parlare di una mancanza di elementi nutritivi fondamentali intesi nel senso antico; d'altra parte si è visto che aggiungendo alle sostanze trattate nei modi suesposti una piccola quantità di certe sostanze animali o alimentari che per sè non basterebbero a mantenere la vita, non solo si evita l'insorgenza del quadro morboso descritto, ma si ha un'azione terapeutica immediata, giacchè scompaiono estese paralisi in pochissimo tempo. Il gruppo delle sostanze necessarie in questo senso è costituito sopratutto dal lievito di birra, dalla corteccia dei grani del riso o di altri cereali, dalla sostanza del testicolo, del cervello, dal muscolo cardiaco, dal tuorlo dell'uovo, ecc.

Le osservazioni fatte anche sull'uomo dimostrano che il beriberi si ha specialmente negl'individui che si nutrono quasi esclusivamente di riso mondato.

Anche studi sperimentali praticati su malati mentali confermano il fatto suddetto: basta una piccola quantità di riso non mondato perchè la malattia non insorga e se è già iniziata guarisca rapidamente. Quindi si può concludere che il beriberi è una malettia dipendente dalla mancanza di una sostanza contenuta nella crusca.

Altre ricerche hanno dimostrato che gli estratti alcoolici ed acquosi di tali « sostanze complementari » hanno la stessa azione delle sostanze stesse sebbene in grado più limitato.

Lo Stepp ha osservato che nutrendo i topi con sostanze alimentari trattate con alcool essi muoiono in brevissimo tempo: aggiungendo invece ad esse il residuo ottenuto dopo l'evaporazione dell'alcool di lavaggio, l'animale si rimette rapidamente. Quindi queste sostanze complementari sono solubili in alcool e così è stato dimostrato che lo sono pure in etere. Lo Stepp ritiene trattarsi di fosfatidi, il Röhl di lecitine.

Osborac e Mendel hanno trovato che con una miscela appropriata di proteine pure, di idrati di carbonio, di grassi e di sali si può mantenere costante il peso del corpo di ratti giovani, cessando l'accrescimento.

Aggiungendo una piccola quantità di latte o di estratto alcoolico di latte si ha un rapido accrescimento degli animali: quindi gli AA. pensano che le « sostanze complementari » siano forse i veri « ormoni specifici dell'accrescimento ».

È interessante il fatto che la stessa nutrizione insufficiente nei diversi animali può portare a diverse alterazioni, così mentre si è visto che la mancanza di alcune sostanze in alcuni animali provoca una polinevrite netta, in altri solo lie-

vissime degenerazioni: in alcuni casi la malattia si avvicina allo scorbuto, in altri al beriberi.

Dei corpi conosciuti chimicamente e che avrebbero tale azione indispensabile alla vita, finora ne è stato isolato uno dal Funk dall'estratto alcoolico della crusca del riso: è una sostanza cristallizzabile che egli ha chiamato *vitamin* e per cui ha trovato anche la formula. Essa introdotta *per os* ovvero per via sottocutanèa, ha una spiccata azione antinevritica. Non si sa ancora se le vitamine di origine diversa abbiano la stessa composizione chimica. Pare però che tutte siano combinazioni fosforate (fosfatidi, acido nucleinico, fibrina).

Il meccanismo d'azione delle vitamine sarebbe identico a quello dei fermenti che agirebbero stimolando il ricambio dell'azoto; pare però che sul ricambio del fosforo esse non avrebbero alcuna azione.

Dal punto di vista pratico risulta che molte sostanze ritenute come ricostituenti, quali l'estratto di malto, agiscono con tale meccanismo: molti successi della terapia dei fermenti, in oggi così in voga, debbono avere questa spiegazione.

La conclusione che sorge dai fatti suesposti è che una alimentazione completa dell'uomo e degli animali superiori non è costituita solo dagli elementi ormai da tutti ammessi come indispensabili; idrati di carbonio, grassi, albumina, sali minerali ed acqua, ma di un gruppo di altri corpi contenuti in piccole quantità in tutte le sostanze nutritive che sono necessarie per la conservazione della vita.

P. ALESSANDRINI.

TERAPIA.

Sulla resistenza dei focolai locali di spirocheti alla cura antiluetica combinata.

(FISCHL. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, n. 37).

La questione della possibilità della reinfezione sifilitica fu già risoluta dal Köbner in senso positivo nel 1871 e l'antico aforisma che nessuno può infettarsi di sifilide più di una volta (Ricord, v. Bärensprung) cadde quindi nel vuoto. Peraltro, siccome le osservazioni successive non sempre reggevano ad una critica severa, si cercò nel congresso di Londra del 1896 di precisare il concetto di « reinfezione », senza che però si riuscisse a risolvere in modo definitivo una quistione così importante anche dal punto di vista della curabilità della sifilide. Così il Johns su 356 casi ne trovò soltanto 14 i quali non prestassero il fianco a qualche obiezione, dovendosi ammettere una reinfezione solo quando concorressero le seguenti circostanze: 1ª certezza assoluta sulla pregressa lues; 2ª la nuova affezione deve clinicamente manifestarsi con una sclerosi (e, secondo le nuove ricerche, la diagnosi ne deve essere completata dalla dimostrazione della spirochete); 3ª sviluppo della tipica tumefazione dei nodi linfatici regionali; 4ª comparsa delle manifestazioni secondarie dopo il solito periodo d'incubazione; 5ª recentemente si richiede anche l'esito positivo della reazione del Wassermann.

Il Pasini, in base alle sue ricerche, esprime il convincimento che durante i periodi di latenza della infezione sifilitica rimangano delle spirocheti in quelle parti di tessuto che già furono sede di una manifestazione specifica. Egli trovò infatti nelle sezioni di una macchia pigmentaria atrofica di un bambino eredo-sifilitico, dopo due anni dall'apparente completa guarigione, delle spirocheti colorate con il metodo del Volpini e Bertarelli.

Sandmann inoculò in otto scimmie i residui cicatriziali di manifestazioni sifilitiche clinicamente guarite, tolti da pazienti che non avevano avuto più segni di lues da un periodo di tempo variabiabile fra sei settimane e quattordici mesi, e riscontrò che, anche nei casi curati energicamente con il mercurio e in cui non si erano avuti da lungo tempo sintomi di lue recente, permaneva sempre il virus nei punti ove prima si erano avute manifestazioni.

Anche Hoffmann giunge alle stesse conclusioni e riferisce di aver trovato, in esperienze analoghe, un numero abbastanza notevole di spirocheti. L'inoculazione nelle scimmie dette risultati positivi.

In contrapposto a queste osservazioni Vignolo-Lutati, in quattro pazienti che da otto mesi sino a due anni e mezzo parevano guariti della loro lues, non riscontrò più spirocheti ma solo ancora dell'infiltrato cellulare.

Secondo Neisser, Baermann ed Alberstädter le spirocheti ospitate, per così dire, negli organi emopoietici, al momento del nuovo divampare del processo, rientrano in circolazione, si fissano nella pelle e dànno luogo ad un infiltrato perivasale. A sostegno del loro modo di vedere starebbe il fatto che, nei periodi di nuova attività del processo, sarebbero dimostrabili le spirocheti nei preparati fatti dal sangue.

Comunque voglia spiegarsi questo permanere del virus infettante nei casi di lues ben curata e clinicamente libera di manifestazioni, le mentovate osservazioni giustificano l'ipotesi che le recidive nella sifilide siano dovute al ripullulare delle poche spirocheti rimaste nei tessuti.

L'autore ora si è proposto di studiare nella clinica d. s. di Vienna questa questione in rapporto al metodo di cura combinata (*neo-salvarsan e mercurio*) istituendo ricerche istologiche e sperimentali di cui riferisce il risultato. Il sistema di cura, usato nella clinica, si può riassumere in questo schema: fatta la diagnosi clinica, confermata dalla dimostrazione delle spirocheti ed eventualmente dalla prova del Wassermann, e se non esistono controindicazioni (tisi, nefrite, grave arteriosclerosi, lesioni nervose e quelle alterazioni oculari e auricolari nelle quali secondo gli specialisti il neo-salvarsan non sembra indicato), si somministrano per prima, agli uomini, gr. 0.6 di neo salvarsan, nelle donne gr. 0.45, per iniezioni endovenose (0.15 di neo-salvarsan per 20 cmc. di acqua da poco stillata e sterilizzata). Se non si ha notevole aumento di temperatura o altri disturbi (dolor di capo o di stomaco, albuminuria, esantemi tossici, ecc.), si inietta nei giorni successivi una maggior dose (sino a 0.75-0.90) secondo la costituzione individuale, dopo di che s'inizia una cura mercuriale per frizioni o per iniezioni (in generale 30 frizioni, o 12 iniezioni di bicianuro di Hg.). A metà di questo ciclo di cura, si fa una terza iniezione di neo-salvarsan, nelle stesse dosi della precedente, ed una quarta finalmente se ne fa quando la cura mercuriale è completa (0.9 negli uomini, 0.75 nelle donne). Nei casi studiati dall'autore fu fatto anche un trattamento locale (calomelano, empiastro grigio, ecc.).

Tre infermi (condilomi piani e panadenopatia; sclerosi iniziale e scleroadenite inguinale bilaterale; sclerosi iniziale con adeniti bilaterali inguinali specifiche ed angina specifica), furono sottoposti a questo trattamento, dopo di che si procedette alla escissione, previa anestesia locale, dei resti dei condilomi piani (1° caso) e delle cicatrici residue dei sifilomi iniziali (2° e 3° caso).

Dalla superficie di sezioni dei pezzi così escissi vennero fatti, con l'aggiunta di una goccia di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, molti preparati per strisciamento. Parte di questi tessuti furono messi in soluzione di formalina 10 %, per la colorazione Levaditi e parte infine furono innestati sotto la cute dello scroto di conigli sani.

Nel primo caso (condilomi piani in soggetto sifilitico da più di un anno, escissi dopo due mesi dalla prima iniezione di neo-salvarsan) la ricerca delle spirocheti fu positiva solo nei preparati col metodo del Levaditi, per mezzo del quale le si poterono riscontrare ben conservate e piuttosto numerose intorno ai vasi e in mezzo al connettivo cicatriziale. Uno dei conigli innestati, dopo circa due mesi presentava al testicolo destro un nodo ulcerato della grandezza di un pisello, che fu escisso e nel quale fu possibile dimostrare la presenza di spirocheti.

Un successivo innesto su di un coniglio, nei due testicoli, di due frammenti di questo nodo non ebbe esito positivo.

Nel secondo caso (cicatrice di sclerosi iniziale con lieve pigmentazione, escissa dopo 36 giorni dalla prima iniezione di neo-salvarsan) si ebbe presenza di spirocheti nei preparati per strisciamento.

Uno dei conigli iniettati, dopo circa due mesi presentava un nodo sottocutaneo della grandezza di una lenticchia, che fu escisso e, colorato col metodo Levaditi, mostrò numerose spirocheti nelle sezioni.

Nel terzo caso (cicatrice del sifiloma completamente ricoperta di epitelio e con lieve pigmentazione: l'escissione fu fatta circa un mese e mezzo dopo la prima iniezione di neo-salvarsan), si ebbe risultato positivo nei preparati per strisciamento e anche, sebbene in scarso numero, in quelli col metodo Levaditi. Risultato negativo degl'innesti nei conigli.

Questi risultati dimostrano che anche dopo una intensa cura combinata con neo-salvarsan e mercurio sono visibili le spirocheti nei focolai all'apparenza guariti e che la virulenza di esse non sembra essere diminuita (come mostrano gl'innesti ai conigli). Ciò concorda con i risultati delle ricerche del Neumann, Majocchi e di altri, secondo le quali, in un territorio dove si erano avute in precedenza manifestazioni luetiche, malgrado una cura generale con il Hg ed anche dopo cure locali, permane un infiltrato.

I risultati ottenuti dall'A. sui sifilomi iniziali macroscopicamente guariti portano qualche lume nella questione ancora molto discussa della reinfezione e del *sifiloma redux*: secondo l'autore le spirocheti residue nel sifiloma possono dar luogo ad una nuova manifestazione che qualche volta assume l'apparenza di un nuovo sifiloma iniziale.

I risultati stessi dimostrano che con una intensa cura con Hg e salvarsan, pur ottenendosi effetti sorprendenti anche in forme spesso ribelli

alla terapia ed assai infettanti (sifilide della mucosa boccale), non si ottiene una completa distruzione delle spirocheti *in loco*.

Finchè dura l'azione intensa del Hg e del salvarsan può non verificarsi una manifesta disseminazione di virus nell'organisno dai superstiti nidi di spirocheti, ma quando i due preparati si sono completamente eliminati dall'organismo stesso, possono allora le spirocheti moltiplicarsi *in loco* e diffondersi. Ciò, secondo l'autore, giustifica il precetto di escidere al più presto il sifiloma iniziale o quanto meno distruggerlo per quanto è possibile in quei malati in cui, mancando ancora adenopatie ed esantemi, il processo morboso sembri non essersi propagato all'organismo intero. In questo modo è più probabile che si riesca ad impedire anche per l'avvenire una recidiva locale ed una propagazione delle spirocheti in tutto il corpo, mentre nei casi non trattati in tal maniera può il focolaio di spirocheti residuanti dare origine di nuovo ad un processo patologico e così far credere al quadro di una reinfezione.

V. MONTESANO.

STORIA DELLA MEDICINA.

Nel quarto centenario della nascita di Andrea Vesalio.

Bruxelles si prepara a celebrare in modo solenne il ricorrere della nascita di Andrea Vesalio.

Vesal è il vero cognome originario dell'anatomico belga, che in latino si disse *Vesalius* e italianamente *Vesalio*.

L'Italia ha il dovere ed il diritto di parteciparvi, perchè la figura del riformatore degli studi anatomici del secolo XVI si innesta e si confonde con la vita universitaria di nostra gente: studiò a Padova, fece dimostrazioni a Bologna, dettò lezioni a Pisa, e sarebbe succeduto al Falloppio sulla cattedra padovana, se la morte non lo aveses rapito a cinquant'anni.

Con il 1914 saranno passati quattrocento anni dalla nascita del Vesalio avvenuta il 31 dicembre 1514 nella capitale belga. Andrea era figlio di uno speziale della corte di Carlo V; aveva studiate lettere latine e greche e fisica al collegio di Lovanio; più tardi a complemento di coltura imparava l'arabo. Seguì a Parigi il corso di anatomia di Silvio, e ritornando a Lovanio vi compose il primo scheletro, con le ossa di un impiccato.

Peregrinò per la Francia, la Svizzera, l'Austria e la Germania, e sempre per ragioni di studio ristette a Venezia, a Padova e Bologna. Essendo stato invitato da Cosimo I de' Medici, il grande mecenate delle scienze e delle arti, a tener un corso di lezioni dimostrative a Pisa, vi andò, ed osò rettificare le nozioni galeniche, allora predominanti nelle scuole universitarie. Con l'atto audace fondava la moderna anatomia obiettiva. A Basilea pubblicò il trattato rinnovatore, con il quale contrastava a molti concetti del medico di Pergamo, suscitando meraviglie e proteste degli autorevoli maestri del tempo. Per le scienze, come per le società, nulla è tanto penoso quanto l'accettare un'idea che le sforzi a rinnovellarsi.

Vesalio sosteneva l'anatomia doversi investigare direttamente sull'uomo, sottoponendo a rigoroso controllo le nozioni tramandate. E non subendo il fascino di una tradizione umanistica, era meno rispettoso verso i maestri dell'antichità e si allontanava da loro ogni volta che il diretto controllo gliene dimostrava errati i pregiudizi. Ma non era molto facile poter attuare un tal metodo!

L'anatomismo galenico era molto più agevole, poichè si trattava di leggere e di interpretare i testi, e veniva favorito dal fatto che le autopsie nel medio evo erano state vietate fino al secolo XIII, quando Federico II decretò non potersi aspirare al titolo di chirurgo, senza aver compiuta qualche preliminare dissezione. Ma quale scarsezza di osservazioni! Nelle scuole mediche di Sicilia e di Napoli si anatomizzava una volta ogni cinque anni! Facevano testo il libro di Mondino dei Liuci del 1315, ritoccato dal Berengario e dall'Achillini nel 1520, e dopo il 1534, le tavole del Dryander e del Ryff. Con il trattato *De humani corporis fabrica,* compiuto nel 1542 da Vesalio, cominciava l'opera riformatrice.

***

Opera che ebbe fierissimi nemici anche in coloro che pur contribuivano a scalzare a demolire metodi e tradizioni viete, con la costruzione di una nuova scienza di osservazione. Quale ragione ha questo fenomeno paradossale, che costituisce una delle più singolari sorprese della storia delle scienze? Nei miei studi sull'Eustachi ho cercato di lumeggiare questo profondo dissidio, che andava oltre le persone e coinvolgeva una radicale concezione di metodologia.

Per valutare con giustizia le ricerche dei celebri anatomici del secolo XVI, bisogna rappresentarceli in lotta contro il fanatismo e contro l'autorità dispotica di Galeno. Essi furono in ciò molto meno fortunati degli anatomici dei nostri

giorni. E conviene giudicare gli uomini con le idee e le conoscenze del loro tempo e non con le nostre: le insistenze cavillose, il linguaggio talora violento, le sottigliezze pedanti delle argomentazioni — ricordate il contrasto tra l'Annibal Caro e il Castelvetro? — potranno sorprenderci in uomini così superiori, ma trovano la loro spiegazione nel costume e nell'abito mentale del secolo: è appunto in quest'epoca che, ad esempio, Ingrassias per divulgare le belle ricerche sulle ossa non le affida a un lavoro suo e autonomo, ma le va interponendo alle povere osservazioni sullo scheletro lasciate da Galeno.

Su questo nome venerato si giurava ciecamente. L'opera di Galeno riassume tutta la scienza dell'antichità, si sforza di coordinarla, di farne la critica, di dare un organismo uno e razionale alla medicina, di stabilire regole e leggi; Galeno sperimenta, seziona, riferisce le funzioni che scopre alle strutture messe in luce e per questa tendenza scientifica giunge a rendere all'anatomia e alla fisiologia inestimabili benefizi: la sua opera resta il testamento biologico e medico del mondo antico. Nel medio evo, quando lo spirito umano è come ottenebrato, la tradizione galenica, pur incompresa e travisata e deforme attraverso gli arabi, getta uno sprazzo di luce nell'insegnamento medico, in cui i testi di Galeno formano un codice imposto come una bibbia, così che la sua dottrina grava fino al secolo XVI intangibile e tiranna. Per abbatterla occorse uno sforzo gigantesco, che noi difficilmente misuriamo: per rendersi conto della coscienza individuale e collettiva in quel momento storico, dobbiamo leggere gli scritti di von Helmont, di Vesalio, di Colombo, di Eustachi, di Paracelso, in cui sono gli echi della grande reazione che si andava svolgendo e dei conflitti suscitati da essa.

Il nome di Galeno diverrà per alcuni, come per Vesalio in cui frequente ricorre il *Galenus erravit,* sinonimo di quanto è retrivo e scolastico; al *fegato galenico* Bartholin detterà l'epitaffio ironico. Tuttavia quando Vesalio rigetta il maestro di Pergamo, nasce un vivo fermento di ribellione in molte scuole d'Europa (Sylvius a Parigi, Eichmann a Marburgo, Eustachi a Roma, Pozzi a Vercelli e lo stesso mite Falloppio), protesta che, appunto perchè diffusa e complessamente intrecciata da odi personali e pregiudizi intellettuali, non possiamo giudicare con semplicismo. Se i primi possono dare conto del libello del Sylvius, già maestro del Vesalio, il quale scrivendo contro il grande anatomico ne alterò puerilmente il cognome, *Vaesani cujusdam calumniarum in Hippocratis et Galeni rem anatomicam depulsio,* ove taccia il discepolo d'imperizia, d'arroganza, d'empietà e persino di aver alterato i testi dell'antico, i secondi avean radice nell'essenza stessa della rinascita.

Mentre Vesalio si ribella a Galeno e con questa rivolta dirige gli studiosi verso una distinta anatomia normale dell'uomo, indipendente della zootomia; Eustachi ha il senso della gelosa custodia di una tradizione umanistica, della quale trova il tipo perfetto in Galeno. Se esso erra nei particolari è un genio anatomico dal lato delle vere intuizioni scientifiche; ed era naturale che Eustachi nel dedicarsi all'anatomia normale descrittiva, congiungendola alla anatomia patologica, e nel rischiarare il significato funzionale degli organi in condizioni normali e morbose con lo studio dell'anatomia comparata, obbedisse ai canoni sperimentali.

In ciò l'italiano era più all'unisono col pensiero del suo tempo che non il belga. L'età loro deve cominciare con un ritorno a quello che era stato, con una ripresa di quello che s'era fatto: di qui la necessità e la ragione del rinascimento. La conclusione della rinascita è rispetto alla gnoseologia, quella stessa della grecità; si guardi alla natura, s'interroghi, si sforzi a svelare i suoi segreti, perchè le idee non sono fuori delle cose, nè imposte dalla mente all'universo, ma nascono nella mente dal suo fecondo contatto con la natura.

Molteplici dunque gli elementi che muovevano il dottissimo Eustachi — il quale era, non bisogna dimenticarlo, figura rappresentativa del suo tempo, un perfetto umanista — in difesa di Galeno, nel quale incarna l'indirizzo scientifico del rinascimento, che nella vita e nella letteratura del classici vedeva il modello dell'umana perfezione e in esso con studio entusiasta voleva penetrare. D'altro lato non era così cieco seguace degli antichi da trascurare l'esperimento e l'osservazione: udiamone la professione di fede, che espone nella avvertenza, premessa alle opere minori: « Tantum semper apud me valuit « veterum scriptorum authoritas; tantumque et « studii, et operae, in veri inquisitione investi- « gationeque ponendum esse existimavi; ut sum- « mos in re medica viros, qui vere principes eius « facultatis authores, et habentur, et sunt; quos « imitarer, et sequerer Hippocratem et Galenum, « duces in primis delegerim: ac in infinitorum « pene hominum, et eorum animantium, quae « in nostra terra gignuntur, corporibus inciden- « dis et dissecandis..... multos jam annos dili- « gentissime sim versatus ».

D'altronde l'amore del vero gli fa correggere e completare Galeno: « Ego vero non contradi- « cendi studio, sed ut veritatem eruam; et doc- « tiores viros ad celeberrimi huius authoris cau-

« sam suscipiendam excitem; non possum me « continere, quin multo aliter hac de re scribam, « quam ipse fecerit ». Andava in traccia della verità e quando credeva di doversi allontanare dagli asserti del maestro lo faceva liberamente e in guisa ne persuadeva i discepoli, che per questo i fautori più ortodossi del pergameno gli suscitarono in Roma una sorda ostilità.

Quando pensa di essere nel vero Eustachi, come egli stesso dice, usa un eloquio fervido e concitato e aspro, non risparmia parole e critiche acerbe a Vesalio: « Nescit hic vir » (scrive nel *De Vena communi profunda brachii*) « aliorum iniura quicquam scribere... inani quadam « suspitione insimulat: arbitratus fortasse, « quae ipse non vidit, immo, ut rectius loquar; « quae negligenter preateriit, nusquam reperiri ». Vesalio poi prestava il fianco all'attacco, poichè mentre accusava Ippocrate e Galeno di aver descritto unicamente l'anatomia umana su sezioni di primati, aveva ricavato molti capitoli della sua *fabrica* dagli animali: e l'Eustachi, al cui zelo stizzoso nulla sfugge, lo nota: « quum non semel et ipse (Vesalius) ad bruta « confugiat; quemadmodum in oculorum, lin- « guae, ac laryngis musculis, nec non renibus « cum plerisque alijs partibus animadvertitur ».

Altra cagione per la quale Eustachi e Falloppio si elevarono contro Vesalio derivò dall'arroganza verso Galeno talora non giustificata e sempre ostentatamente espressa dal brussellese e dall'autorità inoppugnabile che numerosi fanatici concedevano ai suoi libri. In ciò vedevano una ingiustizia, una viltà servile, un danno alla scienza; egli, dopo restaurata l'anatomia minacciava un grande male allo spirito scientifico, poichè dal sommo grado a cui era asceso, l'alto ufficio egemonico e sociale che ebbe presso il più potente monarca del mondo, esercitava tal fascino sulle menti, che si stimava grave colpa il contraddirlo. Era un nuovo idolo, un nuovo *ipse dixit* che si andava affermando, che avrebbe ostacolato il libero progredire delle scienze, senza l'animo franco e sdegnoso di Colombo e di Aranzi, di Eustachi e di Falloppio. E quest'ultimo volle esprimere all'inizio delle *Observationes anatomicae* con ironica meraviglia il suo pensiero su la pretesa infallibilità di Vesalio:

« Io non sono stato — scrive Falloppio — alla « scuola del Vesalio, ma tanti pregi riconosco « nelle sue opere, che volentieri mi dichiaro suo « discepolo. Tuttavia nelle proteste di molti che « lo stimano senza errori riconosco altrettanta « ingiustizia. Nella scienza anatomica errò Ip- « pocrate, incontrò Aristotele il falso, errarono « Erasistrato, Marino, Erofilo e, come i suoi « antecessori, sbagliò Galeno. Ora, Vesalio non « ha mai dato nel falso? Invece io trovo in « questa sua anatomia non poche cose errate; le « omissioni non le enumero, e in vari luoghi « l'anatomia dei bruti spacciata per l'umana è « mentire alla scienza imperdonabilmente, dopo « le accuse non sempre giuste nè vere, da lui « mosse a Galeno di non aver descritto che « membra di scimie ».

Ora potremo intendere la difesa fanatica di Galeno e le pagine di fiera e diritta critica mosse da Eustachi allo studio dell'orecchio nell'anatomia del Vesalio, donde una polemica che fu causa che il sanseverinate divenisse spesso acre e intransigente verso l'innovatore, di cui misconosce la grande importanza scientifica.

Strana condizione psicologica di uomini così sommi: Martine, Albino, Haller sono d'avviso che Eustachi con le sue tavole non mirasse a rappresentare tutte le parti del corpo secondo un ordine sistematico, ma di correggere le osservazioni di Vesalio *impudente*, per far trionfare quella che egli credeva la verità: « quum « tam severus et gravis Vesalii censor fuerit, « icones efficeret, et eas quidem haud dubie « magnam partem contra Vesalium ». (Albino).

Ma questa ostinazione nel polemizzare con l'anatomico belga, il sorvegliarne continuo i movimenti e il regolare la propria attività scientifica su la falsariga di quello, doveva riuscire fatale all'opera eustachiana: dopo aver dato alla luce lo scritto sui reni, seppe che « nonnul- « los (leggi Vesalio) vehementer commotos fuis- « se » onde determinò di attendere le repliche, prima di pubblicare le sue osservazioni quasi ultimate e le tavole che da anni veniva preparando. Ma in quell'anno stesso Vesalio morì; e il superstite Eustachi, malato e stanco, non completò il disegno vagheggiato, lasciando ogni documento delle sue ricerche al suo compagno di lavoro Pini che, forse perchè scomparso lo stimolo di un avversario, mancò alla promessa di pubblicarle.

***

Vesalio confutò con letture e con altre dimostrazioni le obbiezioni che gli venivano fatte e proseguì nelle riforme, aggiungendo alla diretta osservazione morfologica o dei fatti descrittivi, l'osservazione sperimentale. Aprendo il torace a un cane gli potè prolungare la vita, insufflando ritmicamente aria nel polmone collabito. Egli allora sostenne — contrariamente alle dottrine meccaniciste — che l'ufficio della respirazione doveva essere quello della ventilazione polmonare. Fatto che un secolo dopo Roberto Hooke dimostrava essenziale alla vita.

Vesalio studiò pure le funzioni respiratorie dei muscoli intercostali e sempre in tema di tal natura ammise come possibile il fatto, che sebbene il feto sia in istato di apnea, già a partire dal settimo mese ha *latenti* le attitudini alla respirazione polmonare. Inoltre contribuì allo studio dei visceri, delle vene, delle valvole semilunari e del setto interventricolare: di quest'ultimo finì per ammettere l'impermeabilità, senza forse intenderne il valore, portando così un elemento inconsapevole a favore della circolazione generale del sangue.

Nella prima edizione della sua opera Vesalio confessa di ammirare *l'artefice industre* che per meati non visibili del setto è giunto a far trasudare il sangue dal ventricolo destro al sinistro. Nella ristampa del 1555 manca la protesta di ammirazione al creatore e lo scrivente dichiara di non intendere come « per septi illius sub« stantiam ex destro ventriculi in sinistrum ne « minimum quid sanguinis assumi possit ». Questo più retto modo di pensare Tollin crede inspirato a Vesalio dalla *Cristianismi restitutio* pubblicata nel 1553 da Serveto.

Foster sostiene invece che il passo della prima edizione del Vesalio non rappresenti che una larvata ironia dell'anatomico, il quale avrebbe ricorso a questo mezzo quando il suo pensiero era in aperto e stridente contrasto con i dogmi galenici. Nella seconda edizione, quando salda era la sua fama e il rinnovamento dell'anatomia aveva progredito in modo mirabile, egli sostituì gran parte di questi dubbi velati sostenendo a viso aperto la propria opinione. Ora, questo supposto del fisiologo inglese sembra arbitrario e inattendibile, se si tien conto del temperamento del Vesalio e del suo atteggiamento critico aggressivo, assunto verso le dottrine galeniche. D'altra parte Ceradini, con una serie di riscontri sugli scritti minori del bruxellese ha dimostrato che Vesalio aveva appresa a Padova dal suo prosettore Colombo l'impermeabilità del setto nel 1542 e aveva difesa questa dottrina a Pisa nel 1543 senza mai dedurne la conseguenza fisiologica che ne discende, del *circolo minore* e neppure la necessità sostenuta da Galeno — delle anastomosi della vena arteriosa con l'arteria venosa, — al fine di evitare occasioni di glorificare Colombo, a cui serbò rancore perchè a Padova aveva cercato di rendergli ostile la scolaresca.

Sono anche da ricordare del Vesalio le autopsie fatte a scopo anatomo-patologico: alcune di queste eseguite nei corpi dei colleghi dell'ateneo pisano, che con modernità di concetti — come al nostro tempo dovevano dare esempio il valoroso anatomico Giacomini o il Lombroso — legavano il loro corpo alla ricerca scientifica. Così è da menzionare l'autopsia metodica fatta da Vesalio sulla salma del giureconsulto senese Belloarmati, professore a Pisa, trasportata a Siena dopo il completo *exstispicium*. L'osservazione, acuta tuttora per l'epicrisi, è nel libro di Vesalio *Radicis Chynae Ibsus* (Lugduni, 1547), ove si contengono preziose notizie di anatomia e dati importanti sui mezzi e sul materiale anatomico concessi all'autore da Cosimo de' Medici, al quale è una dedica scritta da Francesco Vesalio — fratello di Andrea — datata « Ferrariae tertio idus Augusti 1746 ».

Dunque Vesalio in modo indiretto contribuì alla scoperta della circolazione confutando non pochi errori galenici, specie la dottrina dell'*ematopojesi epatica*. Il fatto da lui notato che il calibro della cava è maggiore in prossimità del cuore che del fegato, lo ricondusse alla dottrina aristotelica dell'*ematopojesi cardiaca*, e ad ammettere che non solo le arterie, ma anche le vene sono suddite del cuore.

***

Andrea Vesalio fu medico nelle milizie di Carlo V, poi a corte di Filippo II, dove diventò vittima di gelosie feroci e di basse invidie. Alla corte di Spagna era deceduto un personaggio di molta autorità; all'autopsia avendo Vesalio urtato con la punta dello scalpello il cuore del morto, parve ad alcuni dei presenti che quest'organo si fosse contratto. Ne seguì un tumulto. Egli è tacciato di assassinio, è trascinato in giudizio, condannato a morte. Intervenne personalmente il re e commutò la pena nell'esilio.

Vesalio partì per la Palestina, in pellegrinaggio espiatorio; a Padova intanto si spegneva Falloppio (1562) lasciando vacante la cattedra di anatomia. Il Senato di Venezia, memore del Vesalio, gli offrì la cattedra e l'invitò a prenderne possesso. Era un raggio di speranza per l'esiliato, solitario e nomade per la Terra Santa; legittima speranza che doveva essere brutalmente troncata dalla sventura! Fatta vela per l'Italia, dalle sponde dell'Asia Minore giunse all'arcipelago greco e colto da furioso ciclone perì, naufragando sullo scoglioso lido di Zante. Era la metà di ottobre del 1564.

Miserevole fine di chi, vissuto sotto il fastoso dominio spagnolo, aveva fatto memorabili studi, in età fiorentissima per le arti, le lettere e le scienze: in quell'epoca in cui Copernico rinnovava le dottrine astronomiche, Cardano le teorie algebriche, Cesalpino scopriva il circolo sanguigno e arditi navigatori nuove terre; quando Vasari scriveva le *Vite*, Cellini fondeva

il *Perseo*, e la cupola di Michelangelo s'innalzava ardimentosa nel cielo di Roma!

Vesalio così appartiene anche a noi, e la nazione italiana deve associarsi alla celebrazione che il popolo fiammingo ne farà a Bruxelles nel centenario del 1914.

GUGLIELMO BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medica di Roma.

Seduta straordinaria del 23 novembre 1913.

Presidenza del prof. F. Durante, presidente

Prof. **R. Campana**. *In parecchi casi di bambini con malaria cronica v'è complicata la sifilide.* — L'O. studiando con particolare interesse nei bambini alcune forme di malaria cronica ribelli alle cure antimalariche, si è domandato se tali forme possano avere relazione con qualche altro processo morboso e particolarmente colla sifilide. Su due manifestazioni è stata portata speciale attenzione: la febbre e le alterazioni organiche. L'O. è giunto alla conclusione che: esistono lesioni attribuite a malaria e possono riferirsi a sifilide; quelli che hanno manifestazioni febbrili, che si potrebbero riferire a malaria, sono stati curati efficacemente cogli antisifilitici; non si esclude che tali soggetti possano avere contemporaneamente la malaria.

Il prof. **Gosio** sente il dovere d'interessarsi in modo speciale alla discussione, partecipando al Consiglio direttivo del Sanatorio donde provengono i bambini studiati dal prof. Campana.

Tre anni di funzionamento hanno purtroppo dimostrato che, in molti casi, la malaria cronica si complica ad altri mali e non di rado si nota un insieme da cui risulta una funesta candidatura alla tubercolosi. Proteggere tanti piccoli infelici è pertanto di somma necessità ed urgenza. Ed anzitutto occorre indagare bene lo stato morboso fondamentale e quelli concomitanti.

L'Associazione, non avendo i mezzi diretti per adempiere a questo compito, ha disposto per un periodo di osservazione alla Clinica medica e, con generoso consenso di Guido Baccelli, i bambini sono ogni anno ricoverati in un reparto speciale e vi rimangono fin quando i sanitari credono opportuno mandarli al Sanatorio: là giungono ognuno con un foglio clinico, in cui è riassunta la diagnosi e la terapia da effettuarsi; con tal sistema l'Associazione credette garantirsi. Ora il prof. Campana, in fondo, avvisa all'opportunità di interpellare anche altre competenze. L'O. ringrazia del nuovo lume che egli porge col suo studio all'Associazione. Questa ha oggi da risolvere tre grandi problemi: estendere il ricovero a tutti i bisognosi; prolungare il soggiorno quanto è necessario; pensare ad un'ulteriore vigilanza sui congedati. Ad ogni modo, trattandosi di perfezionare la funzione sanatoriale, l'O. crede che l'Associazione sarà ben lieta di tener conto dei consigli dati dal Campana.

Il prof. **Marchiafava** domanda se alla fine dell'autunno i bambini, ricoverati nel Sanatorio, sono rimandati a casa. Bisogna essere molto attenti su ciò perchè potrebbero essere sorgente di infezione per individui sani.

Il prof. **Gosio**, all'osservazione del prof. Marchiafava, risponde che del giustissimo appunto si preoccupò sempre anche l'Associazione pro bambini malarici: infatti — come si disse — invoca i mezzi per prolungare convenientemente il soggiorno sanatoriale. Occorre però distinguere bene la cura della malaria cronica dalla profilassi contro nuove infezioni. Chi alberga residui di parassitismo malarigeno nel sangue, va con ogni certezza soggetto a ricadute (recidive endogene); scomparsi questi residui con una cura intensiva e prolungata congiunta al conforto dietetico climatico, la probabilità di riammalare per una *reinfezione ex novo* è assai minore. Quindi l'Associazione è già fin da oggi grandemente benemerita, tanto più che, nel Sanatorio, i bimbi apprendono, fra l'altro, le norme di profilassi per quando tornano alle loro case. B. A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La termocalorimetria del colpo di calore.

Nella spiegazione patogenetica del colpo di calore, non tutti gli autori sono di accordo, e quantunque prevalga l'opinione che oltre l'elevata temperatura ambiente qualche altro fattore ignoto debba contribuire alla sua genesi, alcuni invocano speciali radiazioni dello spettro solare, altri la carica elettrica dell'atmosfera, altri ancora la stanchezza dei centri nervosi, ecc.

Intanto uno dei sintomi predominanti nel colpo di calore è la iperpiressia dei pazienti, la quale supera la temperatura atmosferica e si mantiene tale anche quando cambiano le condizioni esterne.

Varie ipotesi sono state affacciate per spiegarla, come la paralisi dei centri termici, la maggior produzione e minore emissione di calore, ecc. ma nessuna è chiara.

Il Segale (*Pathologica*, n. 119), porta il contributo sperimentale ad una teoria semplice convincente per la spiegazione dell'iperpiressia dei colpiti.

Era stato osservato come il maggior numero di colpi di calore si abbia quando le temperature atmosferiche raggiungono gradi elevati, ma non altissimi, e vi coincide un grado notevole di umidità, prossimo a quello di saturazione. Queste osservazioni ripetute non potevano esser trascurate e d'altronde è noto che le alte temperature, accompagnate da presenza di vapor acqueo conducono ad aumento della temperatura del corpo per diminuita emissione (Liebermeister), essendo la radiazione e la conduzione del vapore inversamente proporzionali al grado di umidità (Rubner), e la emissione del calore per la superficie respiratoria assai maggiore in ambiente secco (Zuntz e Schumburg).

Ma importanti sono le osservazioni del Grandis, sulla influenza del vapor acqueo a tensione elevata, riguardo all'eliminazione dell'anidride carbonica. Questa diminuisce fino a ridursi a metà.

La fuoriuscita di CO^2 dal polmone non avviene infatti per semplice diffusione ma è favorita dalla concentrazione che il sangue subisce nelle reti perialveolari per la perdita di vapore acqueo. Nel caso speciale l'umidità dell'ambiente, impedendo l'evaporazione polmonare, viene a togliere questo importante fattore del ricambio gassoso.

Inoltre l'evaporizzazione dell'acqua negli alveoli polmonari produce all'organismo, in condizioni normali, una notevole perdita di calore, per assorbimento, la quale non si verifica più quando l'atmosfera è quasi satura di umidità. Se ora si aggiunge che l'aria atmosferica satura o quasi di vapore acqueo, si possa trovare ad una temperatura superiore a quella del corpo, ne consegue che, giungendo in contatto colla superficie polmonare, essa si raffredda, e cede per suo conto calore in quantità non trascurabile, ove si pensi che il calore di vaporizzazione di 1 kg. di acqua è di 595 grandi calorie.

Queste importanti deduzioni fisiche per la spiegazione della sintomatologia dei colpi di calore, sono state direttamente controllate dal Segale con gli esperimenti sugli animali. L'A. si è servito di un calorimetro, nel centro del quale era fissato un cilindro di vetro aperto alle estremità e poggiato sopra una griglia sollevata di alcuni centimetri dal pelo dell'acqua.

L'ambiente così era saturo di umidità: la temperatura si poteva variare. Le esperienze hanno dimostrato che, contrariamente a quanto avviene in ambiente secco, l'animale, in ambiente umido e caldo, non solo non elimina calore, ma ne assorbe, la temperatura dell'ambiente si abbassa e quella del soggetto si innalza fino a valori superiori a quelli dell'ambiente stesso e la morte sopravviene rapida.

Restano così confermate le deduzioni del Grandis, e dallo studio sperimentale risulta controllato che il colpo di calore si produce quando si hanno temperature elevate in ambiente sovraccarico d'umidità.

L'organismo allora viene ad avere abolita la emissione di calore, e comincia a sovrariscaldarsi; a ciò può aggiungersi per il raffreddamento del vapore acqueo un vero assorbimento polmonare di calore dell'ambiente. Attraverso una serie di sintomatologie intermedie, nelle quali primeggia l'ipertermia, le conseguenze di questo squilibrio di temperatura, cui si aggiunge alterato ricambio di CO_2, giungono fino alla morte.

G. SABATINI.

CASISTICA.

Peritonite tubercolare a forma ascitica in gravidanza.

All'importante argomento dell'influenza reciproca della tubercolosi e della gravidanza porta il suo autorevole contributo il Mangiagialli (*Annali di Ost. e Gin.*, gennaio 1913) con lo studio di un caso occorsogli corredato da 2 chiare illustrazioni. Ricordato che la peritonite tubercolare

a forma ascitica è rarissima in gravidanza e richiamati i casi precedenti dello Scipiades, del Nattan-Larrier e del Pery, l'A. espone il caso da lui osservato. Si trattava di una nullipara che dopo 2 amenorree presentava sofferenze addominali, febbre serotina e sviluppo eccessivo dell'addome. L'A. pose diagnosi di tubercolosi peritoneale a forma ascitica, con probabile annessite tubercolare destra e gravidanza nel 3° mese e propose l'intervento laparotomico con l'intendimento di limitarsi alla semplice laparotomia terapeutica dell'ascite e conservativa dell'apparato sessuale salvo indicazioni contrarie date da contingenze speciali rilevabili all'atto operativo.

All'operazione si ebbe la conferma della diagnosi clinica: fu lasciato in posto l'annesso destro evidentemente affetto da tubercolosi e si praticò drenaggio del Douglas. Positivo riuscì, nel peritoneo delle cavie, l'innesto di frammenti di peritoneo. Il decorso postoperativo immediato e successivo fu buono. Si praticarono 18 iniezioni di siero Cuguillière.

Dopo 4 mesi e mezzo elevazione termica improvvisa a 38°.9 senza causa apprezzabile, dolori e, dopo poche ore, parto di una bambina di 840 grammi che, affidata ad una buona nutrice sopravvisse (ed è viva e sana dopo 6 anni). La madre sembrò sempre migliorare e così continuò per oltre due anni e mezzo quando presentò nuova tumefazione addominale, dolori, febbre. Fatta diagnosi di peritonite tubercolare recidiva con ascite, piosalpinge tubercolare destro, annessite tubercolare sinistra, si procedè alla colpoceliotomia posteriore che però, nell'aprir la tumescenza annessiale destra fluttuante dette esito a molto pus ed a vegetazioni d'aspetto papillomatoso con emorragia tale che si dovè sospendere l'operazione e zaffare. I frammenti di vegetazioni fuoriusciti dettero reperto anatomico di cistopapilloma ovarico suppurato. Frattanto si ebbe guarigione chirurgica ma rimasero gravi condizioni generali che sconsigliavano qualsiasi intervento. Pure in seguito a cure mediche l'ammalata migliorò e poichè essa stessa richiedeva con insistenza una nuova operazione fu nuovamente laparotomizzata e con estrema difficoltà, a causa di complicate aderenze, furono asportate le due masse neoplastiche papillomatose. Zaffamento alla Mikulicz e guarigione che si mantiene ancora dopo 6 anni. Alla operazione nessuna traccia di affezione tubercolare: gli innesti di peritoneo questa volta riuscirono negativi.

L'A. pur non volendo trarre alcuna conclusione trattandosi di un caso, vi trova peraltro la conferma alla sua convinzione di preferire il trattamento chirurgico conservatore nella tubercolosi peritoneale a forma ascitica complicante la gravidanza.

U. ROLANDI.

La pleurite dei lattanti.

Reano (*Pediatria*, agosto 1913) osserva che questa forma va distinta da quella che colpisce i bambini di una certa età. Generalmente è consecutiva a broncopolmonite o è complicazione di processi infettivi generali o locali. Può essere fibrinosa o purulenta, raramente è emorragica.

I sintomi clinici spesso mancano totalmente nei neonati e nei bambini di qualche mese, sì che la diagnosi è solo anatomica. Nè d'altronde se sono presenti, specie nei bambini un po' più adulti, dicono molto: il dolore e il decubito sono incostanti e difficilmente apprezzabili; la tosse e la dispnea possono riferirsi alla broncopolmonite; la cianosi può avere anch'essa altre cause. La febbre può mancare, o se esiste, non avere nessun carattere di febbre pioemica specie nei lattanti al di sotto di 6 mesi, che possono presentare ipotermia, apiressia o febbre irregolare, spesso con una sola elevazione premortale. L'ispezione del torace è anch'essa poco feconda; solo se vi è molto liquido si può notare immobilità distensione degli spazi intercostali o deviazione della colonna vertebrale. La palpazione può mettere in evidenza il dato importante della diminuzione della vibrazione della cassa toracica. Alla percussione, leggera, spesso risalta ottusità sottoascellare o alla base. L'ascoltazione ci fa notare in alcuni casi abolizione o riduzione del murmure vescicolare.

Utile può essere la puntura esplorativa, che va eseguita con ago piuttosto grosso, e, nel caso che non si aspiri nulla bisogna tentare l'esame batteriologico del liquido rimasto attaccato all'ago.

La radioscopia può rendere qualche servizio, specie nelle forme incistate, diaframmatiche o interlobari.

Agenti patogeni possono essere lo pneumococco o lo stafilococco; alcune volte si trovano tutti e due.

La pleurite pneumococcica è la più frequente ed è di regola mortale.

La pleurite streptococcica tien quasi sempre dietro a penetrazione nell'organismo di germi patogeni dall'ombelico, dalla cute o anche dalle vie respiratorie durante il pasto.

Praticamente si diagnostica questa forma solo difficilmente specie quando non esistono che i soli due sintomi del dimagramento e del vomito e mancano la febbre, la tosse, la dispnea. Allora i piccoli infermi, pallidi o cianotici fanno pensare a qualche infezione grave; se molto piccoli muoiono, se un po' più adulti possono guarire.

Spesso a queste due forme di pleurite si associano affezioni di altre sierose, come il pericardio, il peritoneo, le meningi, le sierose articolari.

SABATINI.

Gli empiemi parapneumonici.

Per Gerhardt (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1913, 5), accanto alle forme note di empiemi metapneumonici, va messa una pleurite purulenta parapneumonica, che si sviluppa durante la fase d'acme della polmonite.

Generalmente essa è caratterizzata così: sviluppo rapido del versamento purulento anche durante la fase febbrile dell'infiammazione polmonare, evoluzione benigna, assenza di germi nel pus, versamento assai scarso. In alcuni casi però queste pleuriti rivestono caratteri di gravità, ed è difficile differenziare le due forme basandosi solo sopra l'integrità dei polinucleari, presenti nel versamento. È più semplice e più facile distinguere le pleuriti amicrobiche dalle microbiche, e ciò può regolare anche la prognosi. È ancora incerto se in queste forme parapneumoniche il pus sia sterile fin dall'inizio o se i germi patogeni scompaiano precocemente.

In un caso si trovò pus con pneumococchi viventi ma non virulenti.

Anche la quantità del pus può variare ed allora l'evoluzione non è più così semplice: la febbre persiste per una o due settimane, durante le quali permane la leucocitosi e continua la diminuzione del peso del corpo.

Le forme di pleurite parapneumonica non sono frequenti, ma importanti praticamente perchè ben caratterizzate e con grandissima probabilità risolvono spontaneamente.

SABATINI.

TERAPIA.

Cura delle fratture del collo del femore nelle diverse età.

Nella terapia delle fratture del collo del femore da qualche anno si vanno realizzando dei sostanziali progressi.

Praticamente bisogna distinguere le fratture nei *vecchi*, negli *adulti*, nei *bambini*.

Nei *vecchi* le fratture del collo sono sempre gravi, per le complicazioni viscerali (polmonite), o per i decubiti che minano l'esistenza del malato. Per evitare le complicazioni è necessario non modificare la vita del malato nelle sue abitudini; si può, secondo il consiglio di Championnière, mobilizzare la frattura fin dai primi giorni, imprimendo agli arti movimenti passivi progressivi, e fare alzare il malato al più presto, costringendolo a muoversi con l'aiuto di stampelle o sostenendolo per le ascelle. Si può costruire per favorire la possibilità del cammino, una spiga gessata discendente fino all'estremità inferiore della coscia, che immobilizzi l'anca, e calmi il dolore, e permetta fin dal principio la deambulazione. La consolidazione in posizione viziosa (rotazione esterna) con o senza anchilosi, è la regola; non sono rari i casi che finiscono con impotenza totale e definitiva; ad ogni modo deve passare sempre un anno, prima che il malato possa utilmente poggiare il piede.

Nell'*adulto* invece la terapia si propone lo scopo di ristabilire la forma e la funzione dell'arto; il primo dovere è quello di diminuire l'angolo del femore prodotto dalla frattura; se non si cerca di rimettere il femore nella sua inclinazione normale, vi saranno sempre limitazione dei movimenti, dolori, difficoltà del cammino.

Se, come avviene quasi sempre nelle fratture extracapsulari, i due monconi ossei sono incastrati, bisogna disincastrare prima i frammenti.

Withmann dà i seguenti precetti: si addormenta l'ammalato, e si porta con precauzione il membro in abduzione, finchè il grande trocantere viene a toccare il bacino; il bordo dell'acetabolo rappresenta il punto d'appoggio della leva, e perchè si ristabilisca l'inclinazione normale del collo basta sol che si ottenga l'abduzione fisiologica. In un individuo normale, senza frattura, l'abduzione forzata potrebbe determinare rottura della capsula e lussazione in basso della testa del femore, ma se il collo è fratturato, la lussazione non avviene e invece si produce il disincastro. Per mantenere la riduzione vi sono due metodi: il tiraggio, e l'apparecchio gessato in abduzione.

Il tiraggio può essere esercitato sul membro in posizione rettilinea, sul ginocchio flesso: ma con tale metodo, poichè il bacino è tutt'altro che immobile, il malato riproduce istintivamente, con un movimento a bascule delle spine iliache, l'adduzione della coscia sana sul bacino; questa adduzione costituisce una grave deformità che è causa di accorciamento, di dolori e di zoppicamento.

Il metodo di scelta per l'estensione continua col tiraggio è quello nel quale l'estensione viene esercitata nell'arto mantenuto in reale abduzione. È raccomandabile allo scopo una doccia di Bonnet, modificata in maniera da permettere l'abduzione dell'arto colpito. Tale abduzione continuata con la fissazione del bacino nella doccia, tende a ristabilire l'angolo normale del femore. L'ascensione del grande trocantere è impedito da un tiraggio con 6-8 kg., applicato per mezzo di un cerotto adesivo.

La rotazione esterna è evitata per mezzo della parte estrema della doccia, che raddrizza e tiene in buona posizione il piede. L'arto rimane naturalmente scoperto; si può quindi praticare il massaggio e a tempo opportuno la mobilizzazione del ginocchio.

L'apparecchio gessato in abduzione è stato usato da qualche chirurgo, ma offre l'inconveniente di esporre al pericolo della rigidità articolare dell'anca, del ginocchio, poichè si oppone alla mobilizzazione e al massaggio.

Nei *bambini* l'estensione continua è difficilmente applicabile per la poca docilità del soggetto. La cura d'elezione è l'apparecchio gessato in abduzione È bene sopportato, i pericoli di rigidità articolare a di atrofia sono assai meno gravi che nell'adulto. In primo tempo si riduce la frattura sotto cloroformio; le manovre sono identiche come per l'adulto; il chirurgo tira sulla gamba e abduce, finchè il grande trocantere viene a toccare il bordo cotiloideo, si corregge contemporaneamente la rotazione esterna, mentre un aiuto immobilizza il bacino per mezzo della coscia sana flessa fino a livello del ventre e portata essa pure in abduzione.

Si pone allora il malato su un sostegno pelvico e si fa una spiga gessata estesa dalla cintura pelvica fino alle dita del piede; fin dai primi giorni dopo che il gesso si è consolidato, il malato può alzarsi e camminare con l'aiuto delle stampelle senza appoggiare sul piede malato.

Dopo quattro settimane si può raccorciare l'apparecchio per permettere i movimenti del ginocchio, e dopo otto settimane si può tentare di levarlo definitivamente, salvo a rimetterlo se la consolidazione non è avvenuta. Si praticano allora massaggi e movimenti attivi e passivi; l'arto però non può, nè deve sopportare alcun peso, per lo meno per quattro mesi.

L'intervento deve essere eseguito subito dopo l'accidente; i risultati sono tanto meno buoni quanto più tardi s'interviene; dopo tre mesi non si ha, in genere, speranza di buon successo.

t. p.

La cura dell'ascesso ossifluente.

Privort (*Journ. des Pratic.* 1913, n. 27) così riassume quanto si può fare in presenza d'un ascesso ossifluente. Non tagli nè incisioni di sorta, ma cura conservativa: punzione ed iniezioni modificatrici.

L'obbiettivo che il metodo si propone è quello di favorire l'evoluzione normale d'un focolaio tubercolare verso uno dei processi di guarigione naturale; il processo tubercolare talora si arresta al suo primo stadio (fungosità) e guarisce in virtù d'un processo sclerotico, ma l'evenienza è rara; d'ordinario le fungosità si fluidificano, la cute si ulcera, il processo si fistolizza; la tubercolosi guarirebbe per fluidificazione del prodotto morboso, se, come spesso succede, i germi comuni non complicassero il processo suppurativo specifico. Alla complicanza piogena seguono le gravi conseguenze sull'organismo, che sogliono determinare i processi suppurativi, fino alla degenerazione grassa o amiloidea degli organi. Il metodo conservativo si propone di aiutare la trasformazione sclerotica, o la fusione dei focolai tubercolari, quando questa sia avvenuta, di evitare la fistola e di salvare la vita del malato.

La punzione diminuisce la pressione e sopprime quindi uno degli elementi che determinano l'ulcerazione, seguendo coll'ago non troppo grosso un tragitto che attraversa tessuti sani, la piccola apertura si chiude e guarisce.

Con il liquido dell'iniezione non si vuole determinare l'antisepsi del focolaio, ma una leucocitosi locale: ai linfociti preesistenti si aggiungono i polinucleati; la loro distruzione mette in libertà un fermento lipasico che digerisce lo strato cereo che circonda il b. di Koch ed un fermento proteolitico che rende assimilabile la massa del protoplasma del corpo bacillare, l'iniezione non fa altro che agevolare un naturale processo di difesa.

L'A. riassume in quattro tipi le differenti forme cliniche e indica la condotta da seguire:

1° Forme benigne che hanno tendenza naturale ad una guarigione per sclerosi, tumefazioni dure, indolenti o poco dolenti alla pressione, con stato generale buono, che non mutano o poco di volume; si può tentare l'iniezione di piccole quantità di liquido sclerosante:

Olio d'ulivo sterile	gr.	100
Etere.	»	20
Iodoformio	»	10
Creosoto	a. gr.	2
Guajacolo		

La quantità da iniettare, dipende dal volume dell'ascesso e dalla sua consistenza (1 a 2 cmc.), due iniezioni per settimana, da giungere ad un totale di 12 iniezioni.

2° Tumefazioni dure, non fluttuanti, dolorose, di decorso rapido, con risentimento della stato generale.

È necessario favorire la fluidificazione dell'ascesso con l'iniezione di liquidi fluidificanti: naftolo canforato, glicerinato, olio gomenolato, timolo canforato.

Lieve e breve dolore subito dopo la iniezione, nuovo dolore qualche ora dopo l'iniezione, talora con modica elevazione termica, ma l'ascesso duro si è trasformato in un ascesso caldo asettico. Continuare le iniezioni quotidianamente o a giorni alterni fino ad ottenere la fusione completa, quindi procedere a 6 iniezioni sclerosanti.

3° L'ascesso è fluttuante: completare la fusione se è necessario, altrimenti fare col solito metodo le iniezioni sclerosanti.

4° Se i focolai sono multipli e lo stato generale grave, con febbre, non bisognerà intervenire che quando la pelle è minacciata. Le punzioni devono essere rare, le iniezioni discrete, il principio si riassume: massima cura generale, minima cura locale.

Con tali cure, scegliendo opportunamente liquidi e metodi, a seconda della condizione locale del processo e generale del malato, si può avere ragione, con una certa rapidità, degli ascessi ossifluenti.

t. p.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(203) *Efficacia del veronal.* — Prego volermi rispondere nella Posta degli abbonati dandomi notizie precise sull'azione del veronal, di cui si legge nella letteratura-réclame delle varie case produttrici avere un'azione ipnotica, innocua, quasi naturale, senza postumi di depressione.

Se questo può dirsi per l'uso del farmaco ristretto a poche volte solamente, non può dirsi secondo me per l'uso continuato del medesimo.

In due casi difatti in cui gl'individui erano soliti prendere ogni sera mezzo grammo di veronal il sonno non riusciva riparatore. Si notava depressione del sistema nervoso, debolezza generale, inappetenza, sonnolenza ed indebolimento della memoria. Desidererei sentire qualche cosa in proposito.

Sarei ancora grato se mi si potesse indicare qualche recente trattato di farmacologia che si occupi di questi nuovi preparati.

Dott. S. P. I.

È certo il veronale uno dei migliori ipnotici, al quale si ricorre con fiducia; ma non deve esser preso alla lettera tutto ciò che scrive la réclame della casa produttrice. Si conoscono casi di avvelenamento per veronal e purtroppo anche qualche caso mortale. Sta al criterio del terapista riconoscere se il dato paziente tollera bene il farmaco; nel caso contrario si ricorre ad altro ipnotico.

Per la scelta di un trattato di farmacologia scorra la rubrica dei « Cenni bibliografici ».

B.

(204). *Per conservare sterili gli aghi da sutura, ed i cateteri di gomma.* — Grato se nel prossimo numero del *Policlinico*, Sezione pratica, posta degli abbonati, mi verrà indicato: 1° la soluzione antisettica migliore per conservare gli aghi da sutura e senza che abbiano ad arrugginire; 2° quale è la soluzione antisettica migliore per conservare i cateteri di gomma. Ringraziando.

Dott. Natale Da Madice
Bosco Chiesanuova.

1° Se il collega vorrà fare a meno di qualsiasi antisettico, forse sarà meglio per preservare gli aghi dalla ruggine di conservarli in bagno nell'olio di uliva o nell'olio di vaselina sterilizzati.

2° Per conservare i cateteri di gomma, senza sciuparli, non v'ha soluzione antisettica che valga per tutti: sarà indispensabile l'apparecchio alla formalina, molto facile nell'uso pratico, che si potrà acquistare da qualsiasi fornitore di strumenti chirurgici.

P. S.

(205) *Legge sulle farmacie.* — Desidererei sapere se la nuova legge sulle farmacie è stata pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale*, o in altri termini, se è andata in vigore, e quando.

Più, dove si potrebbe leggere interamente, o acquistarla direttamente.

Colla speranza veder la risposta anticipo vivi ringraziamenti.

Dott. A. B. da V.

La legge riguardante le disposizioni sulla autorizzazione all'apertura ed all'esercizio delle farmacie è stata firmata il 22 maggio 1913, porta il n. 468 della raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno, ed è stata pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 31 maggio 1913, n. 126; ha avuto vigore fino dal 15 giugno corrente anno.

Una edizione economica è stata fatta dalla Casa Editrice E. Pietrocola, Napoli, « Biblioteca legale », n. 1366.

E. C.

(206). Il dott. G. Romualdo Tecca di Rocca di Papa (Roma) scrive:

La pregherei di farmi noto o per lettera o nella piccola posta del prossimo numero della Sezione pratica; uno o più manuali completi di elettricità medica, italiani o tradotti in italiano, che contengano per disteso la tecnica dei differenti modi d'applicazione elettrica, compresa quella di radiografia e delle correnti ad alta alta frequenza.

Le suggeriamo:

Elementi di Röntgenologia Clinica, dott. Valobra, Lattes edit. Torino. — *Radioterapia*. R. Kienböck, Società editrice libraria. — *Atlante di radiogrammi normali dell'Uomo*, dott. Grashey, Società editrice libraria. — *Elettricità Medica*, prof. Sgobbo.

Questi sono fra i migliori libri in italiano che trattano dell'argomento richiesto.

Manca un trattato che svolga esaurientemente la radiologia e la elettroterapia insieme.

X.

VARIA

I pesci in medicina (*). — Dal punto di vista embriologico i pesci attestano in modo impressionante la nostra genealogia. Tutti noi attraversiamo, infatti, nel nostro sviluppo fetale un periodo in cui siamo forniti di aperture branchiali al collo, di cuore biloculare e di molti altri caratteri che distinguono i pesci: essi illustrano così la legge che l'ontogenesi ricapitola in modo più o meno accelerato e sincopale la filogenesi.

Dal punto di vista teratologico queste nozioni ci spiegano varie malformazioni. Ad esempio, le cisti dermiche al collo non sono che derivati di aperture branchiali.

Morfologicamente i pesci danno prova di un adattamento completo all'ambiente acqueo. Tanto che gli animali terrestri i quali hanno ripreso la vita acquatica, come i delfini, i narvali e le foche, ne hanno assunto di nuovo la forma.

I fisiologi hanno compiuto interessanti ricerche sui pesci, da v. Schröder a Miescher, da Moreau a Frémy, da Borelli a Matteucci, ecc. Hanno studiato il compito statico e la sensibilità della vescica natatoria, le funzioni degli organi laterali e degli organi elettrogeni, il meccanismo della respirezione e del nuoto, il ricambio dell'urea e dei licitidi, ecc.

Non poche di queste ricerche sono state suscettibili di applicazioni alla fisiologia degli animali superiori: ad esempio la funzione ureogenetica del fegato fu scoperta dapprima nei pesci.

***

Come osserva il « Boston Medical and Surgical Journal » del 23 marzo 1913 — dal quale abbiamo desunte alcune di queste note — vi sono pochi passatempi più piacevoli ed utili per un medico che l'allevamento e lo studio dei pesci dorati o ciprini.

Questi graziosi animali muoiono con grande facilità. Dice un nostro poeta, il Teza:

> Son morti: una terribile
> li ferì, li ammazzò, potenza ignota:
> anche l'acqua pareva farsi torbida
> di mestizia; ed ormai la vasca è vota.

Non è forse opera vana tentare di elucidare le cause che rendono così fragile l'esistenza dei ciprini.

Presumiamo infatti che difficilmente un medico il quale s'impegni, senza riuscirvi, a sorprendere e a definire queste cause e ad eliminarle, saprà poi orientarsi quando si tratterà di proteggere la vita umana.

Chi scrive è un appassionato allevatore di ciprini e può dare al riguardo alcune informazioni le quali gli sembrano interessanti anche perchè trovano uno strano riscontro nei precetti sanciti dall'igiene umana.

L'osservazione dimostra, in primo luogo, l'importanza dell'aerazione: affinchè i ciprini possano vivere bene vanno tenuti di preferenza all'aperto, sul davanzale di una finestra, su di un balcone, in un giardino.

È questa una prova indiretta del compito essenziale che spetta all'areazione nel mantenere in buono stato di salute.

Raccomandate dunque ai vostri clienti di dormire con la finestra aperta, di vivere quanto più è possibile all'aperto!

È necessario, in secondo luogo, di coltivare, nella stessa acqua in cui vivono i ciprini, delle alghe, le quali sottraggono l'anidride carbonica eliminata e forniscono ossigeno, rendendo l'ambiente più sano.

Viene confermata così con singolare evidenza, l'utilità della vegetazione dal punto di vista igienico...

Raccomandate dunque le gite ed i soggiorni in campagna; mettete in evidenza i pregi dei vasti parchi e dei giardini nelle città; fate comprendere la superiorità igienica delle città-giardino.

Le alghe forniscono anche un buon alimento ai ciprini. Pochi altri cibi possono essere utilmente somministrati: un po' di carne lessa, un po' di pane, qualche insetto.

Ma basta eccedere, perchè i nostri animali si ammalino e muoiano. Non venendo consumati, i cibi forniti in eccesso si corrompono e divengono nocivi.

Tutto ciò rende di un'evidenza quasi intuitiva l'importanza igienica della morigeratezza nella dietetica.

Osservando le norme sopra indicate, basterà rinnovare l'acqua ogni 15-30 giorni. Questo rinnovamento risponde solo uno scopo di nettezza.

Ricordiamo che anche per l'uomo gl'igienisti assegnano oggi un'importanza mediocre al bagno generale di nettezza; se questo viene ripetuto troppo spesso, può persino riuscire dannoso, perchè sottrae alla cute il grasso e altri elementi utili e quindi la espone alle dermatosi.

Tutto considerato, l'allevamento dei pesci allena, in qualche modo, all'esercizio dell'arte salutare...

Se ben mantenuti, i ciprini non soltanto vivono ma si moltiplicano: due volte l'anno le femmine emettono moltissime uova tra le alghe e sulle pareti del recipiente. Ne nascono dopo qualche giorno dei piccoli che portano per qualche tempo il sacco di albume, corrispondente alla vescica ombellicale del feto umano.

I piccoli debbono essere presto separati dai genitori, i quali altrimenti li divorano; i pesci sono ittiofagi.....

(*) Vedi fasc. precedente.

L'allevamento dei pesci addestra anche all'osservazione fisiologica.

Si possono allevare dei pesci per anni prima di rilevare che essi nuotano prevalentemente muovendo ad elica la robusta coda, mentre le pinne pettorali e addominali regolano solo il movimento della coda, come un nuotatore farebbe con le braccia; che i loro occhi sono sforniti di palpebre e di membrana nictitante, poichè... non è necessario umettarli; che i loro occhi sono appiattiti all'innanzi, poichè sarebbe superflua una superficie convessa in un mezzo il cui potere di rifrazione eguaglia quasi quello della cornea; ecc.

È riferendosi all'abituale deficenza del senso di osservazione che Agassiz esclamava: « guardate i vostri pesci »!

***

Solo i ciprini o pesci dorati possono allevarsi in una vasca; ma chi fosse un seguace di ser Isacco, potrebbe fare delle interessanti osservazioni anche sui pesci delle acque libere.

Questi sono oltremodo vivaci e dotati di un vigore straordinario, mentre invece i ciprini sono delicatissimi.

Non appena però si tenta di mettere i primi nelle condizioni in cui vivono bene i secondi, li vediamo perire irrimediabilmente.

Ciò prova quale importanza straordinaria abbia l'adattamento a condizioni speciali di vita, anche se queste limitano la libertà e sono malsane.

Solo nei grandi acquari, come quello splendido di Napoli, si riesce ad allevare bene i pesci delle acque libere, i quali vi si trovano come nelle loro condizioni naturali.

x.

Belvedere Ostrense, 6 dicembre 1913.

Gentilissimo Signor Redattore-Capo
del « Policlinico »,

Prego la S. V. di voler inserire nel suo accreditato giornale che io sin dal maggio 1910 (vedi « Rivista Medica » di luglio 1910) e poi negli anni successivi ho pubblicato nella « Rivista Medica » di Milano dei lavori sulla cura delle varie forme di nefrite vere coll'adrenalina, e che mentre per il dott. Paolantonio, cui sono peraltro grato d'aver trovato dei risultati anche lui veramente soddisfacenti nelle nefriti scarlattinose (« Policlinico » fasc. 48 del 30 novembre), l'esperimento fu a suo dire una sorpresa, perchè usava il farmaco come emostatico e cardiotonico, il veder diminuire la albuminuria in breve lasso di tempo, per me fu un intuito e sono stato il primo ad usarlo in simili forme di malattie renali. Perdoni il disturbo. Mi è caro cogliere questa occasione per offrire i miei rispetti e devozione per la S. V.

Devotissimo
dott. Ercolani.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. BIEDL A. **Innere Secretio. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie.** 2ª Auflage, Wien-Berlin. Urban und Schwarzenberg. 1913.

In pochi anni si è esaurita la 1ª edizione di questo trattato ed è già uscita la 2ª, la quale è quasi il doppio della prima. Questo fatto indica: 1° il valore intrinseco del libro; 2° l'interesse che quest'argomento suscita; 3° la quantità degli studi pubblicati nel frattempo.

Della prima parte dell'opera abbiamo già reso conto; la seconda che ora presentiamo completa lo studio del *sistema surrenale*, della *glandola carotidea*, dell'*ipofisi*, della *glandola pineale*, delle *glandole sessuali*, della *secrezione interna del pancreas*, della *mucosa gastro-enterica* e del *rene*.

Basta quest'elenco per significare che il presente volume comprende le più vive questioni della biologia moderna: esse sono svolte con largo esame di quanto di meglio è stato pubblicato e con la profonda competenza che tutto il mondo riconosce a Biedl.

Una bibliografia straricca e un ampio indice per materia, utilissimo in libri come questo che abbracciano, si può dire, tutti i problemi della nutrizione sia fisiologica sia patologica, completano l'opera.

La moderna specializzazione ha potuto permettere a un uomo solo di approfondire così lo studio delle glandole a secrezione interna da intenderne la estensione e da riconoscerne tutti gli intimi significati.

Gli editori ci hanno abituato a opere di pregio e pubblicate con scrupolo di esattezza.

V. A.

E. ABDERHALDEN. **Abwehrfermente des tierischen Organismus.** 2ª ediz. 1 vol. in-8° picc. di pagine 200. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1913.

L'A. vuol esserci di guida in un territorio nuovo nel quale egli vanta una scoperta fondamentale.

E c'indirizza per nuovi sentieri.

Pur troppo però la sua trattazione riesce difficile a seguire. Tra l'altro, il lavoro non è stato ripartito in modo da agevolarne la lettura e da renderne più accessibile lo studio. Manca un indice pei riferimenti.

Fermano specialmente l'attenzione le nozioni sul catabolismo e l'anabolismo delle « Bausteine » (pietre costruttive degli edifizi molecolari proteinici); sull'ermafroditismo vero e sull'« *habitus* »

sessuale delle cellule; sui fermenti normali del sangue; sulla genesi e sul significato dei fermenti difensivi iitici e sull'anafilassi; su le correlazioni cellulari ed organiche;sulla patogenesi di numerose malattie; sulla siero-diagnosi delle funzioni e delle disfunzioni organiche e sugli equilibri fra le azioni dei vari fermenti; sulle applicazioni terapeutiche presumibili.

Accurate e sotto ogni riguardo complete sono le descrizioni dei metodi dialitico ed ottico. Una tavola dimostra il raffreddamento dei tubi di polarizzazione; varie figure chiariscono il testo.

La letteratura è copiosa; vi tengono larga parte i lavori dello stesso Abderhalden.

Il successo riportato da questa trattazione, che apre nuovi orizzonti alla medicina, è stato così pieno da rendere necessaria una nuova edizione a qualche mese appena dalla prima.

L. V.

J. WOHLGEMUTH. **Grundriss der Fermentmethoden.** Berlin, Julins Springer, 1913. M. 10.

Lo studio dei fermenti va acquistando sempre più importanza nella ricerca biologica e non v'è dubbio che anche in avvenire assumerà una diffusione maggiore, giacchè non solo sono connesse collo studio dei fermenti questioni puramente teoretiche, ma problemi essenzialmente pratici specialmente di valore diagnostico.

Il Wohlgemuth ha raccolto in un volume tutto ciò che sui fermenti possa interessare sia il chimico che il medico e accanto ad una esposizione chiara del meccanismo d'azione è svolto ampiamente la metodica della loro ricerca escludendo i metodi non adatti o complicati.

Nel libro del Wohlgemuth è omesso tutto ciò che è ritenuto superfluo: dopo un'esposizione dei fermenti che scindono idrati di carbonio e grassi, svolge in modo completo lo studio della tripsina e della pepsina. Infine si diffonde sui fermenti che scindono le nucleine, sulle ossidasi, sulla catalasi e sullo studio della coagulazione del sangue.

P. A.

H. LENHARTZ, E. Meyer. **Mikroscopie und Chemie aus Krankenheit.** J. Springer, Berlin, 1913. M. 10.

È la settima edizione del noto libro del Lenhartz, con aggiunte e note del prof. Meyer dell'Università di Strasburgo.

Nel titolo è il migliore elogio del libro, che nell'ultima accurata edizione contiene la tecnica precisa delle ricerche di laboratorio, ormai necessarie per delucidare i problemi di diagnostica medica.

Bacteriologia e parassitologia, completate nelle più recenti scoperte (Sporotrichium, Spirochete, Leishmania), ricerche sul sangue microscopiche e chimico-fisiche, esame dell'espettorato, del contenuto gastrico, delle feci, delle urine, degli essudati e transudati, sono gli argomenti che formano oggetto di un preciso svolgimento e che conferiscono al libro un carattere di completezza e un giusto sapore di novità.

t. p.

G. TEYXEIRA. **Manuale di tecnica farmacologica.** 1 vol. in-12° di pag. 590. Milano, Società Editrice Libraria, 1913. Rilegato, L. 7.

Questo manuale sarà bene accolto dai farmacisti e dagli studenti di farmacia, ma potrà essere letto e consultato con vantaggio anche dai medici.

Espone la tecnica farmaceutica rispecchiandone i progressi recenti e valutandone le applicazioni alla medicina.

È dettagliato e preciso, per quanto sia scritto in un italiano piuttosto malsicuro e non sempre la terminologia medica ne sia corretta (a titolo di esempio l'A. usa canceroso per cancrenoso).

Lo corredano 70 buone figure.

y.

Annali E. Merck per l'anno 1912 (vol. XXVI).

Questi Annali, pubblicati per la prima volta nell'anno 1887 in lingua tedesca apparvero nel 1891-92 in tedesco, inglese, francese e russo.

Per renderli maggiormente accessibili ai numerosi lettori d'Italia e per corrispondere all'interesse suscitato da noi, la Casa Merck si è decisa ora a farne un'edizione anche in italiano.

Essi contengono una rivista scientifica imparziale della letteratura pubblicata nello scorso anno su prodotti chimici, droghe e nuovi rimedi, di interesse medico o farmaceutico, senza riguardo alcuno a ciò che concerne il lato commerciale.

L'opera è compilata sulle pubblicazioni degli autori menzionati e riporta le indicazioni delle fonti.

A. S.

A. W. BOURNE. **Synopsis of Midwifery.** 1 vol. in-12 di pag. 212 Bristol, John Wright & Sons Ltd. 1913. Rilegato. Prezzo 5/net.

Concisione, ordine, chiarezza, sono le doti precipue di questa revisione sinottica dell'ostetricia.

Le nozioni terapeutiche sono rese nei dettagli, con mira costante alle applicazioni. I problemi ancora irresoluti sono appena sfiorati; le concezioni e le vedute estreme sono omesse.

Il lavoro si renderà utile ai medici che conoscono l'inglese e che volesssero rivedere di un colpo tutta l'ostetricia o trovare una indicazione fedele in alcuni casi incerti o difficili.

Il formato lo rende comodamente tascabile.

y.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il Congresso dei capi di uffici d'igiene.

In una sala dell'Ordine dei medici si è adunato il Congresso degli ufficiali sanitari capi di uffici d'igiene.

Il Congresso è riuscito numeroso, animato; gli argomenti trattati furono molti e per ciascuno si sono votati ordini del giorno assai importanti.

Gli ufficiali sanitari capi di uffici d'igiene hanno discusso una serie di proposte dirette a modificare in gran parte l'attuale ordinamento igienico-sanitario, che si è dimostrato non completo e non rispondente, sia ai bisogni della tutela igienico-sanitaria, sia a quelli del personale che vi è addetto.

La proposta essenziale è quella per il riordinamento degli attuali uffici d'igiene su la base di *Istituti d'igiene* creati per disposizioni legislative e regolamentari e costituiti con organi e funzioni uniformi.

Questi *Istituti d'igiene* di organamento statale e di funzione locale debbono sostituire gli uffici d'igiene, dove oggi esistono; dove non esistono uffici d'igiene nelle città capoluogo di provincia o più impo tanti per popolazione o altre ragioni, si dovranno creare; per i comuni piccoli si dovrà provvedere con *Istituti d'igiene* consorziali.

Questi ultimi dovranno essere costituiti come tutti gli altri e ad essi dovranno essere uniti tutti i servizi necessari (laboratori, ospedali d'isolamento, servizi di disinfezione, ecc.).

Come azione preparatoria il Congresso ha espresso un energico voto contro i tentativi di disgregamento oprati in alcuni comuni contro la compagnia dell'ufficio d'igiene.

Altri voti pronunciati dal Congresso riguardano le condizioni di nomina e di carriera del personale, e furono tutti consoni allo scopo principale dell'Associazione, che è quello di elevare la funzione degli uffici d'igiene a quella altezza che oggi compete loro per i progressi dell'igiene e delle scienze affini.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4175) *Vaccinazione.* — Il Dott. L. B. da R. desidera conoscere se il medico condotto sia obbligato ad eseguire le vaccinazioni a domicilio od in apposito locale municipale.

Il medico condotto non è obbligato a recarsi a domicilio per eseguire le vaccinazioni. Può ben disimpegnare il suo obbligo in apposito locale comunale: coloro che vogliono essere vaccinati a casa debbono, se agiati, corrispondere analogo compenso.

(4176) *Pagamento di stipendio.* — Il Dott. G. C. da F. S. desidera conoscere se abbia il diritto di riscuotere lo stipendio come medico condotto il 27 di ogni mese, e se occorra il suo personale intervento per firmare il mandato.

La legge non stabilisce che lo stipendio del medico condotto deve essere pagato il 27 di ogni mese, come ha fatto per la indennità dovuta all'ufficiale sanitario. Il detto stipendio va, quindi, pagato alla fine del mese, salvo disposizione contraria contenuta nel capitolato. Per la firma del mandato occorre la presenza del creditore. Si potrebbe supplire con un bianco segno, ma in tale caso la firma dovrebbe essere legalizzata dal sincaco o da un notaio.

(4177) *Indennità per cessazione dal servizio.* — Il Dott. G. A. da A. D. R. desidera conoscere la indennità che gli potrà competere nel caso fosse obbligato a lasciare il servizio dopo 14 anni per infermità, e se, avendo compiuto 12 anni di servizio, possa far domanda per l'aumento sessennale.

Nel caso il medico condotto sia costretto a chiedere il collocamento a riposo per infermità non contratta a causa di servizio prima di aver compiuti 25 anni di servizio, ha diritto ad ottenere una indennità. Detta indennità è commisurata ai due terzi del capitale corrispondente alla pensione, che nelle identiche condizioni gli sarebbe spettata. Non possiamo indicarle in concreto la cifra esatta, perchè Ella ha omesso di far conoscere l'età che avrà all'atto del collocamento a riposo. Non v'ha dubbio che, stando alla disposizione transitoria contenuta nel capitolato, Ella abbia diritto al sessennio. Esso è rappresentato dal decimo dello stipendio che avrà goduto per sei anni di seguito o di quello che godrà all'acquisto del diritto.

(4178) *Pensione - Formalità.* — Il Dott. G. N. da M. desidera conoscere quali siano le formalità per ottenere la pensione di riposo e se il condotto collocato a riposo possa esercitare la carica di ufficiale sanitario con l'annua indennità di lire 200.

Le formalità neeessarie per ottenere il collocamento a riposo sono contenute negli articoli 57 e seguenti del regolamento approvato con R. decreto del 9 marzo 1909, n. 121. Il medico che ritiene aver diritto alla pensione dovrà inviare a mezzo del sindaco o direttamente motivata la domanda all'ufficio provinciale sanitario. Tale domanda deve indicare il nome, il cognome, la qualità e la residenza del richiedente, deve essere firmata dall'interessato ed indicare il luogo dove

si intende riscuotere la pensione. Alla domanda stessa deve essere unito l'atto di nascita, l'originale laurea ed uno stato esatto dei sevizi prestati, accompagnato dalle deliberazioni di nomina, di licenziamento, sospensioni, ecc., ecc. Crediamo che il medico collocato a riposo ben possa esercitare la carica di ufficiale sanitario con la indennità di lire 200.

(4179) *Aumenti sessennali - Riassunzione in servizio dopo ottenuto il collocamento a riposo.* — Il Dott. F. B. da S. G. I. chiede conoscere se gli competa l'aumento sessennale ed in quale misura in base alle disposizioni contenute nel capitolato recentemente modificato e se il medico condotto collocato a riposo possa riassumere servizio, riscrivendosi alla Cassa di previdenza.

Poichè il capitolato, recentemente modificato, non accenna a stipendio iniziale, il sessennio si liquida sullo stipendio che si gode all'atto del compimento dei sei anni. Ella quindi lo liquiderà su quello di lire 1800, che godrà al 1° gennaio 1915. L'articolo 6 della legge 2 dicembre 1909, n. 744, non vieta al medico collocato a riposo di riprendere servizio di condotta riscrivendosi contemporaneamente alla Cassa di previdenza.

(4180) *Cura ai detenuti nel carcere mandamentale.* — Il Dott. L. G. da R. chiede conoscere se non ostante contraria disposizione del capitolato, possa pretendere compenso per l'assistenza sanitaria che presta ai detenuti nel carcere mandamentale.

Effettivamente per la citata disposizione della vigente legge comunale e provinciale potrebbe aver diritto a compenso per l'assistenza che presta ai detenuti ricoverati nel carcere mandamentale. Potrebbe, però, essere a ciò di ostacolo la disposizione contenuta nel capitolato, che dovè essere a suo tempo da Lei liberamente accettata. Allo stato, non sembra esservi altro mezzo che quello di ottenere analoga modifica con cancellazione di un obbligo che non trovasi in armonia della legge, o, quanto meno, di chiedere congruo aumento di stipendio da parte della G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(4181) *Ufficiale sanitario - Nomina definitiva - Parere del Consiglio comunale.* — Il Dott. abbonato 773 desidera conoscere quale valore può avere il deliberato del Consiglio comunale richiesto ai termini dell'articolo 112 del regolamento sanitario per la nomina definitiva dell'ufficiale sanitario.

Il parere chiesto in tale materia al Consiglio comunale non è impegnativo, ma semplicemente consultivo. Il Prefetto può bene da esso prescindere nel suo definitivo provvedimento qualora gli risulti in modo non dubbio che il sanitario abbia, durante il precedente periodo di servizio, ben compiuto il proprio dovere.

(4182) *Ufficiale sanitario - Incompatibilità col medico condotto - Pensioni - Riscatto servizio interinale.* — Il Dott. V. T. da G. V. desidera conoscere se accettando la nomina definitiva di medico condotto diventi incompatibile come ufficiale sanitario, essendovi in paese altri liberi esercenti e se, nominato medico condotto o definitivamente ufficiale sanitario, possa riscattare, agli effetti della pensione, dieci anni di servizio interinale.

Essendovi in paese altri liberi esercenti, è incompatibile il servizio cumulativo di medico condotto con quello di ufficiale sanitario. Ella, quindi, che già riveste tale ultima carica, non potrebbe contemporaneamente esercitare anche la prima. I servizi interinali, perchè non fatti in seguito a nomina regolare, non sono riscattabili agli effetti della pensione.

(4183) *Pensioni ed indennità.* — Al Dott. L. C. da C. di R. rispondiamo che gli compete la indennità di lire 3714.28.

(4184) *Certificati per la Cassa di maternità.* — Al Dott. R. A. da N. rispondiamo che i certificati esposti nel quesito vanno rilasciati gratuitamente sia per la indigenza delle parti, sia per lo scopo umanitario e di beneficenza, che l'istituto si propone.

(4186) *Cura piena - Sdoppiamento della condotta - Diritti del medico in carica.* — Il dott. G. D'A da C. D'O. chiede conoscere se essendosi sdoppiata la condotta a cura piena, possa egli opporsi a che, per allegate ristrettezze economiche, il Comune sopprima la seconda condotta, obbligandolo a fare di bel nuovo l'intero servizio e se, sopprimendosi la condotta piena, abbia il diritto di veder rispettata la propria stabilità.

Non può opporsi a che il Comune, per allegate ragioni economiche sopprima nuovamente la seconda condotta, giacchè, dopo tutto, pel fatto del Comune, Ella ritornerebbe a fare il servizio che faceva per lo passato e pel quale fu nominato. L'istituzione della seconda condotta non era fatta nel suo interesse, ma bensì in quello del servizio. La sua abolizione non viola alcun diritto da Lei acquisito. Se il Comune si inducesse a sopprimere la condotta piena, resterebbe pur sempre condottato pei poveri, per la intera estensione della condotta, così come fu da prima nominata. Non è ammissibile la nomina di un medico condotto esclusivamente per le persone agiate.

(4187) *Certificato sanitario.* — Il Dott. abbonato n. 2010 da S. desidera conoscere se, come ufficiale sanitario, abbia diritto ad esigere compenso per il certificato che rilascia per la vendita di carni traumatizzate.

Il certificato per la vendita di carni traumatizzate è rilasciato nell'interesse del pubblico e non di quello dell'esercente, il quale potrebbe vendere la detta carne anche senza certificato, perchè non dannosa al pubblico. Il certificato è, invece, richiesto per garantire il pubblico dal possibile inganno ed impedire che il genere fosse venduto a prezzo normale. Esso è, quindi, gratuito.

(4188) *Cassa pensioni*. — Il Dott. G. D. B. da S. A. desidera conoscere se due anni di interinato, durante i quali ha pagato il relativo contributo, valgano agli effetti della pensione.

I servizi interinali non sono calcolati come utili agli effetti della pensione. Essi valgono solo per accelerare l'acquisto del relativo diritto. Non doveva durante l'interinato pagare contributo di sorta. Può chiedere il rimborso di quanto ha indebitamente pagato, facendone domanda all'ufficio sanitario provinciale.

Doctor JUSTITIA.

Condotte e Concorsi.

ANDRIA (*Bari*). — Medico condotto supplente; lire 1500 lorde e 3 sessenni del decimo; non più di anni 40 s. e r. Scad. 20 dic.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Residenza in S. Pietro in Bagno; due condotte, per Bagno e Val di Bidente; L. 3700 lorde ciasc., L. 600 per obbl. cav. e due sessenni, cura piena. Scad. 25 dicembre.

BAROLO (*Cuneo*). — Medico per i poveri; L. 1600 e L. 100 quale U. S., probabilità di nomina a sanitario dell'O. P. Barolo con assegno di circa L. 500, se beneviso a quell'Amministrazione. Scad. 23 dic.

BORGOFRANCO SUL PO (*Mantova*). — È prorogato a tutto il 20 dicembre il concorso per la condotta medica estesa alla generalità e con lo stipendio lordo di L. 5000 aumentabili.

BUSTO ARSIZIO (*Milano*). *Civico ospedale*. — Medico chirurgo assistente; L. 1600 nette, vitto, alloggio ed altri emolumenti. Rivolgersi alla Segreteria della Congreg. di carità. Scad. 31 dic.

CASTELBELLINO (*Ancona*). — A tutto il 31 dicembre condotta semi-residenziale; L. 3000 cura poveri, L. 500 semi-abbienti; L. 100 quale U. S.; L. 500 per mezzi di trasporto, lorde; tre sessenni. Servizio entro 15 giorni. Popol. inferiore 1500 ab.

CASTEL RITALDI e S. GIOVANNI (*Perugia*). — Condotta unica; ab. 1888; scad. 31 dic.; L. 3515 lorde; non obbl. di cav.; L. 100 quale U. S., L. 150 quale gestore a. f.; alloggio dietro ritenuta di L. 250; L. 500 se il sanitario vorrà tenere la cavalc.

CHIAUCI (*Campobasso*). — Condotta unica; L. 1500 per l'assistenza a 20 poveri e L. 1400 generalità, vaccinaz., arm. farm.; L. 100 all'uff. san. Ab. 1058 agglomerati. Scad. giorni trenta dal 20 nov.

CITTÀ DELLA PIEVE (*Perugia*). — Condotta chirurgica, a tutto 15 gen.; ab. 3000 circa agglomerati; L. 3240 pei poveri, L. 960 per gli abb., L. 1000 per l'ospedale. Assunz. servizio entro 10 giorni.

COASSOLO TORINESE (*Torino*). — Medico del Consorzio con Monastero di Lanzo per i poveri, 100 famiglie circa; L. 2000 e L. 200 quale U. S. Scad. 20 dic.

COZZO (*Pavia*). — L. 2500 pei poveri, tre sessenni; alloggio; L. 300 indennità varie; lire 100 trasporto invernale. Scade 20 dicembre.

FOLLINA (*Treviso*). — Condotta libera; abitanti 3674; stipendio L. 3600 aumento decimo tre sessenni; mezzo trasporto L. 500; Ufficiale Sanitario L. 150. Questua fieno, senz'impegno comunale. Scadenza 31 dicembre 1913.

FRASSINELLE (*Rovigo*). — Medico; L. 3000 e tre sessenni, L. 500 per mezzi di trasporto e L. 200 quale U. S.; ab. 2148, condotta libera. Proroga al 25 dicembre.

GADONI (*Cagliari*). — Medico per la generalità; L. 3000 nette e L. 150 p. a. f., probabilità servizio miniera Ramiosa. Scad. 19 dic.

GIRGENTI. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitari di Naro e di Favara; L. 1600 e L. 2400 lorde. Età limite 45 anni al 24 nov. Scad. 26 dic.

IMOLA. *Congregazione di Carità*. — Concorso per titoli a medico assistente dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde, alloggio nell'Istituto e vitto nei giorni di guardia. Scad. 25 dic.

INZAGO (*Milano*). — Condotta piena; L. 4220 nette. Scad. 5 gennaio.

LAVONE (*Brescia*). — Prorogato il concorso al 31 dicembre.

LOANO (*Genova*). — Condotta; ved. fasc. 49. Scad. 20 dicembre.

MARANZANA (*Alessandria*). — Condotto e U. S.; L. 1500, famiglie povere venti circa. Scad. 20 dic.

MARMENTINO FRUNA (*Brescia*). — Consorzio, L. 3467, due sessenni, alloggio. Scad. 31 dic.

MARRUBIU (*Cagliari*). — Condotto a cura piena; L. 3000 nette e L. 200 per a. f. Scad. 22 dic.

MOMBELLO LAGO MAGGIORE (*Como*). — Consorzio con Cerro Lago Maggiore; L. 3300 nette aument. Scad. 19 dic.

MONDAVIO (*Pesaro-Urbino*). — Medico per Sant'Andrea Suasa; L. 3200 lorde e L. 700 per cavalc., 3 sessenni, cura piena, abit 958. Scadenza 20 dic.

*MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico per i poveri (150 circa), U. S., e necr.; L. 1700 ed alloggio; abit. 1689. Scad. 31 dic.

MONTEPARANO (*Lecce*). — Medico per la generalità; L. 2600 e quattro sessenni di L. 214; utili dell'armadio farmaceutico. Scad. 26 dicembre.

PERETO (*Aquila*). — Il concorso per la nomina del medico condotto è prorogato a tutto il 31 dicembre 1913. Stipendio lire 4000 con eventuale maggiore assegno di lire 500. Per maggiori informazioni rivolgersi al sindaco.

PERUGIA. *Università libera.* — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PRALUNGO (*Novara*). — Medico condotto residenziale. Ab. 3000, poveri 20 circa. Stipendio L. 1500 lorde. L. 100 indennità uff. san. Servizio con retribuzione a parte nelle quattro Società locali. Clientela nei vicini comuni di Tollegno e Cossila. Termine per le domande 31 dicembre.

PREMILCUORE (*Firenze*). — Condotta per Corniolo a tutto 20 dic.; L. 3700 e L. 600 per obbl. cav., due sessenni su L. 3000 pei poveri; al lordo di tassa R. M. Assicurazione. Alloggio. Servizio entro 15 giorni.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — Condotta piena; L. 2400 pei poveri e L. 600 per gli abbienti, lorde; assegni quale U. S. e per l'a. f. Abit. 1008 agglomerati. Età limite 45 anni. Scad. 40 giorni dal 28 nov.

REVINE LAGO (*Treviso*). — Medico; L. 3350 e L. 150 quale U. S., condotta libera, abit. 3037. Scad. 24 dic.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 27 tenenti medici; L. 2400 oltre L. 200 d'indennità d'arma. Gli esami cominceranno il 26 genn. Scad. 10 genn. Età massima 30 anni al 10 nov. Diploma originale di laurea. Chiedere l'annunzio.

SALGAREDA (*Treviso*). — Condotta libera pel 1° riparto; L. 4000. Scad. 31 dicembre.

SANCASCIANO IN VAL DI PESA (*Firenze*). — Al 20 dicembre condotta per Mercatale; L. 2300 e due sessenni, lorde; L. 400 per cav. obblig. Ab. 4481 di cui circa 1000 con diritto slla cura gratuita. Età limite 35 anni. Assunzione dell'ufficio entro 10 giorni dalla partecip.

SAN MARZANOTTO (*Alessandria*). — Medico condotto U. S.; L. 1200. Scad. 29 dicembre.

SESTO CAMPANO (*Campobasso*). — Condotto. L 3100 nette, cura piena; abit. 2552; L. 100 per mezzo di trasporto alle frazioni, L. 100 quale U. S., L. 200 per a. f., non più di 45 anni, s. e; r. Scad. 29 dic.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — Condotto pel 2 riparto, cura soli poveri; residenza nel capoluogo; L. 3000 lorde e tre quinquenni; L. 700 per cav. A tutto 30 dic.

VALDELLATORRE (*Torino*). — Medico chirurgo pei soli poveri (circa 80 famiglie); L. 2000 lorde, L. 200 quale U. S. e per a. f.; ab. 2360. Scad. 31 dicembre.

VICENZA. *Ospedale civile.* — Medico chirurgo secondario. Istanze alla segreteria non più tardi delle ore 16 del 30 dic. Assunzione biennale; conferma biennale. L. 1700 lorde, alloggio; nei giorni di guardia vitto e indennità di L. 4.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Camporotondo (Macerata), San Giovanni d'Asso [fraz. Montisi] (Siena). Seriate, Calusco e Carvico (Bergamo) Castel di Serravalle (Bologna), S. Elpidio al Mare (Fermo).

Revoca di diffide: Monforte-Perno-Castelletto (Cuneo), Cozzo Lomellina (Pavia), Foiano (Arezzo).

La presidenza della sezione friulana dell'A. N. M. C. invita i colleghi di non assumere sotto alcuna forma servizio nel comune di Salice, fino a che non sia ultimata un'inchiesta in corso, senza chiedere l'assenso preliminare della presidenza stessa.

Per gli ufficiali in congedo aspiranti alla nomina a sottotenente medico, il Ministero della Guerra ha determinato quanto segue:

Gli aspiranti alla nomina a sottotenente medico di complemento potranno ottenere la nomina stessa senza alcun preventivo corso di istruzione militare.

Sono in conseguenza aboliti i corsi di istruzione di cui l'articolo 4 della circolare n. 352, il quale è quindi soppresso.

I militari di 1ª categoria o i volontari di un anno, laureati in medicina e chirurgia, che soddisfino alle condizioni di cui l'articolo 2 della legge 8 giugno 1913, n. 601, possono essere nominati sottotenenti medici di complemento e ammessi rispettivamente in tale qualità al corso tecnico della durata di 4 mesi che avrà luogo presso la scuola di applicazione di sanità militare per i medici.

Le domande di nomina degli aspiranti, redatte su carta da bollo da L. 1, dovranno pervenire al Ministero (Direzione generale personale ufficiali), pel tramite dei distretti militari, non più tardi del 20 dicembre corrente.

I comandanti dei distretti daranno tuttavia corso alle domande presentate in tempo utile e non corredate del diploma di laurea per coloro che a quella data non abbiano ancora fatto in tempo a conseguirlo. Tali domande saranno però dal Ministero considerate come decadute, qualora il detto titolo non venga prodotto entro il 28 dicembre detto.

Per la documentazione delle domande e per l'accertamento dei requisiti fisici degli aspiranti, valgono le disposizioni contenute nella circolare 352 predetta e nel manifesto annesso, le quali saranno applicabili altresì per la parte riguardante le informazioni riservate da chiedersi sul conto degli aspiranti. Qualunque sia però il risultato delle informazioni, tutte le domande dovranno essere trasmesse al Ministero, il quale si riserva di decidere in merito.

Gli aspiranti che saranno nominati sottotenenti medici di complemento dovranno presentarsi alla rispettiva scuola il 15 gennaio p. v. per compiervi il corso tecnico.

Compiuto il corso tecnico, i sottotenenti saranno trasferiti ai reggimenti o corpi per prestarvi il servizio di prima nomina che avrà la durata di otto mesi per coloro che siano vincolati alla ferma di un anno, e di quattordici mesi per coloro che siano vincolati a ferma maggiore. In detto periodo di servizio non va computato il tempo trascorso presso le scuole.

Ad evitare però che qualche sottotenente di complemento trascuri di seguire i corsi delle scuole predette colla voluta assiduità, si determina che quelli che non ne superino gli esami finali dovranno ripeterli dopo tre mesi, riservandosi il Ministero di trattenerli in servizio tre mesi di più.

(*Giorn. Milit. Ufficiale*, 6 nov. 1913).

Nomine, promozioni e onorificenze.

Corpo sanitario militare.

Ufficiali in servizio permanente. — Tenente colonnello medico promosso colonnello medico: Fabris Domenico.

Sottotenenti medici di complemento nominati tenenti medici in servizio permanente: Cambazzu Mario, Raineri Umberto, Sacco Rosario, Fusco Angelo, Pesce Nicola, Gioffrè Salvatore, Possati Alberto, Scarcella Vincenzo, La Rocca Paolo, Gurgo Pierino, Scillieri Vincenzo, Mussone Leopoldo, Trani Paolo, Gregorio Giovanni, Buono Demetrio, Canepa Romolo, Corigliano Enrico, Montessori Napoleone, Cavagliano Bernardino, Knapp Giovanni, Bianco Umberto, Betti Bettino, Bruno Carlo.

La Commissione esaminatrice del concorso a direttore dell'Ospedale dei bambini ed Ospizio marino « Sieri Pepoli » in Trapani, composta dei professori di ortopedia Clemente Romano di Napoli, Dalla Vedova di Roma e Putti di Bologna, ha ultimato i suoi lavori.

Al concorso parteciparono i dottori prof. Curcio dell'Istituto Ravaschieri di Napoli, Baviera di Roma, Messina di Bologna, Severi di Torino, Candi di Rimini, Lo Re di Napoli, Calandra ed A. Cosentino di Palermo (quest'ultimo ritiratosi prima del concorso).

Tra questi valorosi campioni dell'ortopedia italiana è stato classificato ad unanimità primo il dott. Edoardo Calandra dell Istituto dei rachitici ed Ospizio marino di Palermo.

BOLOGNA. — Il dott. Ficai Giuseppe è abilitato alla libera docenza in igiene.

Il dott. Secchi Giuseppe è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

CAGLIARI. — Sono nominati i dottori: Seszu Giuseppe assistente in clinica medica; Lanza Luigi aiuto in patologia medica.

CATANIA. — Sono nominati assistenti i dottori: Giampiccolo Carmelo in clinica chirur.; La Torre Mario Paolo in medicina operatoria.

NAPOLI. — Il dott. Martelli Carlo è abilitato alla libera docenza in anatomia patologica.

Il dott. Sgrogo Salvatore è nominato assistente supplente in clinica oculistica.

PALERMO. — Sono nominati assistenti in clinica pediatrica i dottori Maggiore Salvatore e Luna Francesco.

PAVIA. — Il dott. Mariani Giuseppe è abilitato alla libera docenza in clinica dermosifilopatica.

PISA. — Il dott. Costantino Antonio è nominato assistente in fisiologia.

ROMA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Purpura Francesco in clinica chirurgica e medicina operatoria; De Plato Giovanni Giuseppe in chimica bromatologica.

SASSARI. — Sono nominati assistenti i dottori: Curti Erindo in clinica dermosifilopatica; Corzo Giovanni in clinica delle malattie mentali e nervose.

SIENA. — Sono nominati i dottori: Tornero Arturo assistente in clinica ostetrica; Bianchi Guiberto aiuto in patologia generale.

NOTIZIE DIVERSE

Società Italiana di Medicina interna.

Il XXIII Congresso di Medicina interna, presieduto da Guido Baccelli, avrà luogo in Roma dal 20 al 23 dicembre.

I temi generali che saranno trattati sono:

1° Profilassi e vaccinazione del tifo nell'uomo; relatori: Silvestrini e Moreschi.

2° La sifilide dell'apparato cardio-vascolare; relatori: Gnudi e Cesa-Bianchi.

3° Calcolosi epatica; relatore: D'Amato.

Il termine improrogabile per l'iscrizione delle comunicazioni nell'Elenco definitivo dei lavori del Congresso scade col 16 corrente.

Per ulteriori schiarimenti, rivolgersi al prof. Giulio Galli, delegato per l'organizzazione del Congresso, al Policlinico Umberto I, Roma.

XVIII Congresso ostetrico-ginecologico.

Gli ostetrici ed i ginecologici italiani si raduneranno a Roma dal 18 al 20 del corr. dicembre per il loro XVIII Congresso nell'aula della R. Clinica ostetrico-ginecologica al Policlinico « Umberto I ».

Dai professori Pestalozza e Guzzoni Degli Ancarani saranno portate alla discussione ampie relazioni sui temi: « Corioepitelioma » e « Mortalità del neonato ». Anche i pediatri potranno interessarsi alla discussione di questo ultimo tema. Per il Congresso sono già annunciate importanti comunicazioni individuali da ostetrici e ginecologi di ogni parte d'Italia e dai più importanti centri di studio.

Tutti i medici-chirurgi che s'interessano agli studi ostetrico-ginecologici possono prender parte al Congresso, inviando la quota di lire 10 (eventualmente di lire 6 per i loro parenti) al cassiere della Società (prof. F. S. Rocchi, Roma, via Cavour, 116), ed ottenendo così i documenti per le facilitazioni di viaggio (40-60 % di riduzione) valevoli dal 14 al 28 dicembre.

Tutti possono presentare al Congresso proprie comunicazioni di argomento scientifico o pratico ostetrico-ginecologico, inviandone l'indicazione del tema e delle brevi conclusioni prima del 14 corrente, al segretario della Società (professore C. Micheli, Roma, via Bocca di Leone, 25).

XV Congresso di dermatologia e sifilografia.

La prima seduta della XV riunione della Società italiana di dermatologia e sifilografia avrà luogo in Roma alle ore 10 ant. del giorno 17 corrente, nell'aula della R. Clinica dermosifilopatica al Policlinico Umberto I, gentilmente concessa.

In altra seduta saranno discusse le proposte di modificazioni allo statuto e regolamento della Società.

Sarà inoltre dal socio prof. D. Barduzzi svolta una mozione « sulle condizioni di dannosa inferiorità in cui si vorrebbe costretta la Dermosifilopatia nel nuovo disegno di riforma universitaria ».

Per informazioni rivolgersi al segretario professore M. Carruccio, piazza di Spagna, 35, Roma.

Per l'assistenza ospitaliera.

Alla presidenza della Camera è pervenuta la seguente interrogazione, firmata dagli onorevoli Salterio e Meda:

« I sottoscritti chiedono d'interpellare il Ministro dell'interno sulle condizioni della assistenza ospitaliera in Italia e sui provvedimenti legislativi ed amministrativi necessari per regolarla e migliorarla ».

Per gli ospedali di Roma.

Un decreto reale del 4 agosto passato autorizzò la Cassa depositi e prestiti a somministrare al Tesoro per fornirla all'Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma la somma a mutuo di lire 2,600,000 al saggio del 4 per cento, estinguibile in 30 anni, con altrettante quote da prelevarsi sul contributo fisso di lire 970 000 annue, che il Tesoro deve all'Amministrazione ospedaliera per effetto dell'articolo 3 della legge 8 luglio 1903.

Adesso il Ministro del Tesoro ha presentato alla Camera un disegno per convertire in legge il detto decreto.

Nuovi ospedali e ingrandimento di ospedali.

La Commissione provinciale di beneficenza di Forlì ha approvato un piano finanziario speciale proposto dalla locale Congregazione di Carità per la creazione di mutui da contrarsi presso vari istituti, importanti la somma di lire 400 mila, da impegnarsi pel compimento dei lavori del nuovo ospedale Aurelio Saffi.

A Pallanza, presenti le autorità, si è inaugurato un nuovo padiglione ospedaliero donato dalla principessa Teresa Colonna-Caracciolo e costruito su progetto dell'ing. Castelli.

Alla principessa Colonna venne offerta una artistica pergamena.

L'Ospedale Italiano di Londra.

Fondato a Londra nel 1884 dal defunto commendator Ortelli, è posto sotto l'alto patronato dei Sovrani di Inghilterra e d'Italia e del Governo italiano, ed ha per presidente l'ambasciatore di Italia a Londra. Esso accoglie ammalati italiani o parlanti l'italiano, senza riguardo alcuno alla loro fede religiosa o politica, ed ammalati di altre nazionalità. Dà consultazioni mediche e chirurgiche.

Nel 1884 il comm. Ortelli e la sua signora visitando un povero italiano infermo in un Ospedale inglese notarono che si trovava a disagio perchè ignaro della lingua inglese e fu allora che egli decise di mettere a disposizione dei malati poveri italiani una sua casa in Queen Square, n. 41, e subito parecchi medici offrirono la loro prestazione e le suore di San Vincenzo l'opera loro come infermiere. Più tardi il comm. Ortelli donava un'altra casa per l'ambulanza.

Nel 1898 il comm. Ortelli volle atterrare le vecchie case ed erigere al loro posto un nuovo Ospedale che corrispondesse meglio alle esigenze della scienza moderna, e, morto prematuramente, il progetto venne mandato a compimento dalla signora Ortelli che poi volle aggiungere un altro fabbricato da Lei intitolato « reparto Regina Elena ». La signora Angiola Ortelli moriva lo scorso anno lasciando 250,000 lire all'Ospedale, che ha inciso a lettere d'oro i nomi dei coniugi Ortelli come quelli di due grandi e patriottici benefattori.

Oggi l'Ospedale, sito in una magnifica posizione, in un vasto, elegante fabbricato, ha 50 letti, dei quali in media 48 sono sempre occupati: nello scorso anno 1912 vi vennero accolti 816 ammalati con una permanenza media di 20 giornate; il costo è di poco più di 4 franchi dei nostri per giorno: l'ambulatorio dette 10,544 visite per 4517 ammalati, ai quali vengono pure somministrati gratuitamente i medicinali.

I medici onorari sono l'italiano M. Melandri e l'inglese Dickinson; chirurghi onorari Legg ed Armour; assistente chirurgo onorario il dottor Giordani; assistenti medici onorari i dottori Currie e Tallarico. Vi sono pure consulenti, specialisti, un servizio molto bene provvisto pei raggi X, ecc.

Dal 1884 a tutto il 1912 l'Ospedale accolse 12.270 ammalati di cui 7586 italiani.

I medici italiani che in occasione del recente Congresso internazionale di Londra visitarono l'Ospedale, rimasero impressionati e commossi nel vedere l'ordine, la pulizia, il perfetto assetto di ogni locale, ben aereato, l'arredamento completo dei dispensarii, della sala d'operazione, il trattamento dietetico.

Mezzo milione per un istituto modello d'igiene.

Si annunzia che il Consiglio di amministrazione della civica Cassa di Risparmio di Verona ha deciso di erogare la somma di mezzo milione, già destinata all'ospedale per bambini Alessandri — ed essendosi esaurito il lascito del fondatore — per la costruzione di un modernissimo e benefico istituto modello di igiene. L'erogazione dovrà essere approvata dal Consiglio comunale.

Nella Cassa Nazionale di assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro.

Si è riunito il Consiglio superiore dell'Istituto, sotto la presidenza dell'on. Ferrero di Cambiano.

Espletati gli atti di amministrazione interna il Consiglio ratificò le nuove condizioni generali della polizza di riassicurazione, il regolamento premi e indennità e delle tariffe, le condizioni generali delle polizze per la Tripolitania e Cirenaica per l'assicurazione obbligatoria e facoltativa.

Nelle sale della direzione generale si sono riuniti per la prima volta, sotto la presidenza dell'on. Ferrero di Cambiano i membri della consulenza medica centrale, nominata dal comitato esecutivo nello scorso mese di novembre.

Il consesso ha esaminato ed approvato il progetto per l'armamentario dell'ambulatorio di Tripoli, concretando lo studio della istituzione degli ambulatori in quelle sedi compartimentali che ancora ne sono prive.

Una discussione scientificamente importante si è svolta sui mezzi più idonei per il riconoscimento personale degli operai indigeni in Libia.

La ricerca di questi mezzi, necessaria quanto difficile, poichè non esiste lo stato civile e i nomi ed i cognomi uguali sono frequentissimi e mancano peculiari caratteristiche differenziali tra individuo e individuo, ha condotto alla adozione del sistema dei cartelli segnalativi con l'impronta digitale come mezzo più semplice e più pratico e di maggiore sicurezza.

Sulle Casse di maternità.

Il prof. Tullio Rossi Doria ha tenuto una conferenza sulle Casse di maternità, ad iniziativa della federazione fra le Casse libere di maternità, presenti i comm. Giuffrida e Maiorana in rappresentanza dei ministri di agricoltura e delle

poste e telegrafi, il comm. Paretti direttore generale della Cassa Nazionale, il comm. Camagna ed altre notabilità, nonchè numerose impiegate.

L'oratore ha parlato sulle Casse libere di maternità, sulla opportunità che esse accolgano le donne di tutte le condizioni sociali e sulle istituzioni attinenti alle Casse stesse, riscuotendo calorosi applausi.

Per le classi lavoratrici.

L'on. Cottafavi ha presentato alla presidenza della Camera questa interpellanza:

« Il sottoscritto chiede d'interpellare il ministro d'agricoltura industria e commercio sulla necessità di affrettare le riforme della legge sulla Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e vecchiaia degli operai per migliorare le condizioni e promuovere una maggiore inscrizione delle classi lavoratrici ».

La denuncia obbligatoria della tubercolosi.

La Società Reale d'Igiene di Milano tenne nella sua sede un'adunanza dedicata alla denunzia obbligatoria della tubercolosi. Erano presenti una sessantina di soci.

La discussione molto animata finì coll'accordarsi sul principio che non è possibile pretendere la denuncia obbligatoria in tutta Italia, a causa del deplorevole stato embrionale nel quale si trovano le istituzioni antitubercolari.

Venne votato l'ordine del giorno Gatti, col quale la Reale Società d'igiene fa voti che l'istituto della denuncia obbligatoria non si introduca senz'altro, ma venga integrato colle altre provvidenze antitubercolari destinate a neutralizzarne le conseguenze moleste pel malato e ad assicurarne insieme le conseguenze vantaggiose al malato stesso, alla sua famiglia, alla società.

Un museo della tubercolosi a Genova.

Uno dei mezzi più efficaci per creare nel popolo una sana coscienza antitubercolare è certamente rappresentata dal Museo che l'Associazione genovese per la lotta contro la tubercolosi, prima in Italia, ha istituito nel suo ufficio di via Innocenzo Frugoni fin dal giugno dello scorso anno.

Per quanto il Museo non fosse ufficialmente aperto al pubblico, in attesa di essere completamente sistemato, esso aveva già al suo attivo un lavoro di intensa propaganda se si pensa che oltre ad essere stato fatto segno di considerazione e di studio da parte di eminenti personalità nella politica e nella scienza, costituì per tutto l'anno scolastico decorso il luogo di convegno per gli alunni civici del corso popolare, per una serie di conferenze educative.

E' pure nel Museo della tubercolosi che, sotto la presidenza del sindaco di Genova, convennero lo scorso anno gli onorevoli rappresentanti della Liguria nei due rami del Parlamento per promuovere quella azione di Governo ch'ebbe la sua prima affermazione in una particolare impostazione nel bilancio dello Stato di una somma destinata a iniziare la lotta contro la tubercolosi in Italia.

Per deliberazione del Consiglio direttivo della Associazione, il Museo viene ora aperto al pubblico, che vi avrà libero accesso, con diritto a un foglio-catalogo, dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 14 alle 16 di ogni domenica e giovedì.

Propaganda antitubercolare a Tivoli.

Il dott. Natale Allegri, ufficiale sanitario di Tivoli e benemerito assertore e divulgatore della lotta contro la tubercolosi, ha fatto pubblicare per le scuole cittadine il seguente decalogo igienico:

1. L'aria buona è il primo elemento della vita; non ne avrai altro migliore.
2. Ricordati che la tubercolosi si può evitare e si può guarire
3. Non respirar mai aria viziata.
4. Non sputare per terra e non inghiottire lo sputo; si trova nello sputo il maggior contagio della tubercolosi.
5. Non dare e non ricevere baci nella bocca.
6. Non mangiare carne sospetta, nè bere latte se non bollito.
7. Non ubbriacarti, nè bere liquori.
8. Non indebolire il tuo organismo, anzi procura di aumentarne sempre la resistenza.
9. Onora il sole, la luce e la nettezza.
10. Non abitar case malsane.

Insegnamento dell'igiene nelle scuole.

S'è nuovamente riunita in Roma la Commissione incaricata dello studio dell'importante argomento dalla Federazione per la vigilanza sanitaria. Erano presenti i proff. Santori e Neirani, la professoressa Amadori, i dottori Venere e Persichetti, i maestri sig.na Ciottoni e sig. Benedetto; giustificò per lettera la sua assenza il prof. Cioffari.

La Commissione, dopo maturo studio, è giunta alle seguenti risoluzioni:

1. L'insegnamento dell'igiene o meglio l'educazione igienica degli alunni delle classi elementari, deve essere affidata ai maestri.
2. Agli attuali maestri, che non abbiano frequentato il corso annuale di scuola pedagogica, nella quale l'igiene è materia di esame, verranno a cura delle università impartiti speciali corsi di 30 lezioni sull'igiene.
3. L'insegnamento dell'igiene nelle scuole normali è riservato ai sanitari specialmente competenti in materia di pubblica igiene.

La Commissione incaricò il dott. Persichetti di redigere una succinta relazione dei lavori compiuti.

Propaganda igienica.

La sezione Lomellina dei medici condotti, a mezzo di soci volonterosi, tiene un breve corso di conferenze di igiene agl'insegnanti del circondario, sui temi: I. Igiene in generale e malattie infettive (Dott. cav. Carlo Omodei-Zorini). II. Malaria (Dott G. Brunazzi). III. Tubercolosi (Dottor A. Gallo). IV Alcoolismo (Dott E. Salvaneschi). V. Soccorsi d'urgenza (Dott. A. Giorcelli). VI. Igiene scolastica (Dott. cav. C. Omodei-Zorini).

Il corso ha luogo in Mortara nel Circolo « Carducci ». Si è iniziato il 16 novembre e continua nelle domeniche.

Le conferenze sono illustrate da proiezioni luminose.

Il dott. G. Escalar, medico condotto del comune di Roma, ha tenuto nella stazione sanitaria di Carroceto (Agro Romano) una conferenza di: « Nozioni pratiche ed utili sulla malaria ». La conferenza era illustrata da proiezioni e da preparati microscopici.

Premio Lombroso.

Onde commemorare il primo anniversario della morte di Cesare Lombroso (19 ottobre 1911) la signora Nina Lombroso aveva istituito un premio di L. 1000 da assegnarsi al migliore lavoro di ricerche cliniche e sperimentali intorno alle teorie del grande italiano, sulla etiologia e sulla profilassi della pellagra.

Sono riusciti vincitori: 1° il dott. Vincenzo Luigi Camurri, medico comunale di Padova *ex aequo* col prof. Volpino della R. Università di Torino; 2° il prof. E. Audenino allievo di Lombroso, pure della R. Università di Torino.

Il premio è stato diviso tra il dottor Camurri e il prof. Volpino.

Prolusione del prof. Murri.

All'illustre prof. Augusto Murri, che ha ripreso con una stupenda prolusione sui progressi della scienza medica le sue lezioni, professori e studenti, amici ed estimatori hanno fatto un'imponente dimostrazione.

Lezione inaugurale di Chauffard.

Il prof. Chauffard ha ripreso il corso di clinica medica all'ospedale Saint-Antoine, innanzi ad un anfiteatro colmo. Trattò dell'ittero congenito megalosplenico, forma particolare dell'ittero emolitico che Chauffard ha efficacemente concorso ad isolare dal gruppo degli itteri da ritenzione.

Contro i rumori dannosi.

Il prof. V. Grazzi, in una interessante prolusione all'università di Pisa, si occupò dei rumori dannosi e discusse dei mezzi atti a intensificare la propaganda contro di essi.

Onoranze a colleghi.

La popolazione di Calcinato volle dimostrare la sua riconoscenza al dott. Ettore Crovelli, per l'opera attiva da lui svolta nel paese, durante 25 anni, quale medico condotto; offrì al benemerito sanitario una medaglia d'oro accompagnata da una riuscitissima pergamena.

In memoria del compianto e beneamato dottor Vincenzo Palmieri gli abitanti di Magreta (Modena) vollero che nel centro del paese fosse murata una targa in bronzo nella quale si dichiara che egli esercitò l'arte sua « come sacerdozio » e che « il suo nome rimarrà perenne nel cuore del popolo che volle consacrargli questo segno di gratitudine ».

La cerimonia dello scoprimento riuscì solenne e commovente. Parlarono il presidente del Comitato promotore, il sindaco di Formigine, l'on. Vicini, il dott. Brunelli, il prof. Levi, il dott. De Andrea.

Dati demografici sull'Italia nel 1912.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica alcuni dati sulla popolazione, sui matrimoni, sulla natività e mortalità del Regno pel 1912.

Facendo la semi-somma delle cifre della popolazione, calcolata al principio e alla fine dell'anno 1912, si è determinata la popolazione presumibile alla metà dell'anno in 35,026.489 abitanti.

Il numero dei nati vivi fu nel 1912 di 1,133,983, il quale, ragguagliato a 1000 abitanti alla metà dello stesso anno, dà il rapporto di 32.38. Nel 1911 il quoziente delle natività era stato di 31.32 e nel 1910 di 32.29.

I morti nel 1912 diedero un quoziente di 4.03 per 100 nascite; nel 1911 tale quoziente era stato di 4.16; nel 1910 di 4.21.

Nel 1912 morirono 635,785 individui, si ebbero cioè 18.15 morti per ogni 100 abitanti. Nel 1911 il quoziente era stato di 21.41, nel 1910 di 19.85. Si è avuto dunque nel 1912 il più basso quoziente di mortalità dal 1862 al 1912.

È stato massimo nelle Puglie con 21.93 °/₀₀; minimo nel Piemonte con 15.39 °/₀₀.

Nel 1912 si ebbero 56 morti per ogni 100 nati vivi mentre nel 1911 tale proporzione era stata di 68 e nel 1910 di 60 per ogni cento nati vivi.

Nel corso dell'anno furono contratti 264.674 matrimoni, pari al 7.56 per mille abitanti. Nel 1911 il quoziente di nuzialità era stato di 7.50 e nel 1910 di 7.83.

Il prof. **Edwin Klebs**, il veterano dei patologi e dei batteriologi, si è spento il 21 ottobre nella nativa Dortmund.

Questo eminente scienziato tenne le cattedre di patologia nelle università di Würzburg, Praga, Zurigo e Chicago.

Il suo trattato di patologia generale è un'opera salda e duratura.

Uomo di larghe vedute, la sua prerogativa fu quella di essere sempre alle avanscoperte.

Il suo nome rimarrà associato alla scoperta del bacillo della difterite, da lui riconosciuto come causa della malattia un anno prima di Loeffler, nel 1883. Egli distinse anche il bacillo del tifo prima di Eberth nel 1881. Precorse di 7 anni Koch nella investigazione batteriologica delle infezioni traumatiche (1871), in occasione della guerra franco prussiana. E precedette Koch nelle culture batteriche sui terreni solidi. Anticipò la dottrina dei virus filtrabili (sin dal 1871). Intraprese gli studi iniziali sulle endocarditi sperimentali micotiche. In collaborazione con Gerlach (1873), pel primo produsse la malattia perlacea nei bovini alimentati con latte tubercolare. Fu il primo a tentare (1900) la cura della tubercolosi coi vaccini isolati dagli animali a sangue freddo (*Blindschleichenwurm bacillus*. Educato alla scuola di Wirchow, se ne staccò nettamente, in quanto riconobbe e proclamò che le lesioni anatomo-patologiche sono solo terminali e non rischiarano i processi fisio-patologici.

Lascia un'orma indelebile nella storia della medicina.

A Darmstadt è morto il farmacista dott. **Luigi Merck**, direttore della grande casa E. Merck, che, grazie al suo impulso, raggiunse grande sviluppo.

Il Merck fu anche uno studioso di quistioni economiche e sociali e creò molte istituzioni di previdenza per i suoi impiegati ed i suoi operai, le loro vedove ed i loro orfani.

Rassegna della stampa medica.

Rev. de Méd., 10 nov. BRET e BLANC PERDUCET. « La tubercolosi renale chiusa in forma di male di Bright ». — BONNAMOUR e BADOLLE. « La sindrome osteomalacica; sue cause ». — MARTINEZ. « Pneumotorace terapeutico bilaterale ».

Rev. de Chir., 10 nov. BROCQ. « Trattamento cruento delle anchilosi viziose del ginocchio ». — BOURCART. « Sullo stomaco biloculare ». — Resoconto del Congresso francese di chirurgia.

Ann. di Ostetr. e Ginec., X. SFAMENI. « Sulla origine della inserzione velamentosa del funicolo e delle anomalie placentari che con essa di frequente coincidono ». — COVA. « Sull'origine di una reazione chimica particolare del sangue delle gravide ». — MACCABRUNI. « Sperimenti di coltura *in vitro* dei tessuti dell'utero e dell'ovaio di feto umano ».

Bull. of the J. Hopkins Hosp., nov. GOWENTREE, HURWITZ, BLOOMFIELD. « La fenoltetraclorooftaleina per la misura della funzionalità epatica ».

The Boston M. a. S. Journal, 13 nov. FLOYD. « Il pneumotorace artificiale nella cura delle affezioni croniche delle pleure e dei polmoni ».

L'Encéphale, 10 nov. PASTINE. « Sul riflesso controlaterale degli alluci ». — DAVIDENKOF. « La cecità psichica ». — PARHON, MATÉESCO e TEUPA. « Le nuove ricerche sulla tiroide degli alienati ».

La Stomatol., 15 nov. SAMARELLI e ARLOTTA. « Necrosi fosforica del corpo della mandibola; resezione totale; protesi ».

Gazz. d. Osp., 16 nov. CARLETTI. « Le infezioni acute latenti ».

Il Morgagni, nov. DAL LAGO. « Aortite tubercolare ». — VIGEVANI. « Meningite cerebro-spinale sub-acuta ».

de l'Ac. de Méd., 11 nov. Discussione sulla regolamentazione della vendita di sostanze velenose.

Annals of Surgery, nov. RODMAN e WILLARD. « L'anemia splenica e suo trattamento chirurgico ». — STONE. « Risultati prossimi e remoti dell'operazione di Whitehead per la cura delle emorroidi ».

Rev. de Thér., 15 nov. « Ricerche sull'acido fenilchinolico-carbonico (atofan) ».

Il Tommasi, 29. LEOCATA. « Sulla genesi delle piastrine ». — ROSSI. « La reazione generale nella cutireazione colla tubercolina ».

La Prov. Méd., 15 nov. PIERRET. « Le glicosurie sintomatiche ».

Pathologica, 15 nov. SEGÀLE. « Termocalorimetria nella anafilassi da siero ». — IZAR. « Chemoterapia dell'infezione melitense ».

Il Cesalpino, 15 nov. LEONCINI. « Avvelenamento mortale per resorcina ».

La Presse Méd., 15 nov. CHAUFFARD. « Patogenesi della litiasi biliare; compito dell'ipercolesterinemia ». — NICOLLE, CONOR e CONSEIL. « Sulla vaccinazione antitifoide ».

Journ. d. Prat., 15 nov. BROCA. « Strappi e scollamenti dell'epitroclea ». — CHAUFFARD. « Malattia di Hanot ». — DÉJÉRINE. « I tipi principali della siringomielia ».

Il Lavoro, 15 nov. MORI. « Lesioni professionali dell'arto superiore dei mattonai ».

Il fascicolo di dicembre 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

Il fascicolo di dicembre 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 9113 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XX. *Roma, 21 dicembre 1913* **Fasc. 51** (*fine*)

IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

AMBULATORIO NEUROPATOLOGICO.
diretto dai proff. G. MINGAZZINI e A. GIANNELLI.

Sulla ptosi a bilancia nella meningite basilare luetica

per il dott. GUSTAVO ARTOM.

Nel 1896 Pacetti in un suo « studio sulle paralisi funzionali dei muscoli oculari » descriveva la così detta ptosi a bilancia in tre ammalati con ptosi della palpebra superiore: il primo affetto da tabe, il secondo da demenza paralitica, il terzo da demenza paralitica e tabe. La ptosi a bilancia consiste nel fatto che se a tali ammalati, nei quali il sollevamento volontario della palpebra paralizzata era impossibile, si chiudeva l'occhio sano, subito la palpebra dell'occhio affetto si sollevava con facilità, senza intervento attivo del paziente e senza l'azione di alcun altro muscolo. In uno dei casi del Pacetti il bulbo, che presentava uno strabismo esterno, ritornava sulla linea mediana nel momento in cui la ptosi scompariva. Finchè la mano rimaneva applicata sull'occhio sano, l'altro occhio rimaneva aperto per un tempo indefinito; non appena si toglieva, la ptosi si ripresentava colla primitiva intensità.

Avendo io avuto occasione di osservare la ptosi a bilancia in un caso di meningite basilare

luetica, affezione nella quale tale fenomeno non è stato ancora descritto, mi è parso opportuno di render noto tale caso facendo seguire brevi considerazioni sull'interpretazione di esso, che è ormai chiara alla luce dei moderni studi anatomici.

B... G..., di 29 anni; donna di casa. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi pregressa fino all'epoca del matrimonio avvenuto dieci anni fa. L'inferma nega di essere stata contagiata dal marito. Questo però ammette di aver avuto la sifilide.

L'ammalata ebbe nove gravidanze: quattro a termine, cinque aborti. Due dei figli morirono in tenera età per cause non specificabili, gli altri stanno bene. La paziente afferma di avere goduto buona salute fino verso la fine del marzo 1913.

In quell'epoca cominciò ad accusare un dolore alla regione sopraccigliare sinistra associato a qualche contrattura intercorrente dell'orbicolare dello stesso lato. Dopo una settimana svegliandosi si avvide che la palpebra superiore sinistra era abbassata e che alzando la palpebra vedeva doppio. In tali condizioni rimase fino al giorno in cui si presenta all'ambulatorio (25 aprile 1913) accusando inoltre una lieve vertigine nella visione binoculare. Nell'ultima settimana ebbe tre volte vomito facile senza nausea.

Esame obiettivo (25 aprile 1913). — L'ammalata è una donna in buone condizioni di nutrizione. Pannicolo adiposo abbondante, faccia e mucose pallide. La faccia è inoltre lievemente tumefatta.

Agli arti inferiori varici abbondanti.

Movimenti estrinseci del globo oculare destro normali. La palpebra superiore sinistra è abbassata in modo da ricoprire completamente la pupilla corrispondente; il sopracciglio sinistro è lievemente elevato. Il bulbo oculare nella posizione di riposo è spostata verso l'esterno in modo che la cornea viene a toccare l'angolo esterno dell'occhio. Nei movimenti dell'occhio si nota che esso non si sposta affatto verso l'interno mentre è ridotto il movimento di elevazione e di abbassamento del globo oculare. Se ora si chiude l'occhio destro la palpebra sinistra si solleva subito rimanendo in tal posizione finchè l'occhio destro è mantenuto chiuso, ricadendo appena questo si apre. La scomparsa della ptosi avviene senza intervento attivo dell'ammalata e senza partecipazione di alcun altro muscolo oltre l'elevatore della palpebra superiore e senza spostamento del globo oculare.

La plica naso-labiale e labio-geniana sono da ambo i lati uguali, i muscoli delle due metà del viso si contraggono bene ed ugualmente, così pure i frontali e gli orbicolari delle palpebre. Lingua sporta diritta; movimenti della lingua tutti possibili e normali. Velopendolo mobile, diritto.

Agli arti superiori ed inferiori non fenomeni trofici, non attitudini speciali. Movimenti attivi e passivi tutti normali.

Riflessi profondi agli arti superiori (tricipite, radiale, dei flessori) vivi, eguali d'ambo i lati. Rotulei, achillei, idem. Alluci plantari. Corneali, congiuntivali presenti.

Addominali vivi. Pupille uguali, di media ampiezza. Reazione alla luce, alla convergenza e all'accomodamento pronta.

Reazione consensuale conservata.

Sensibilità superficiale integra per tutti gli stimoli (tattili, termici e dolorifici). Sensibilità profonde (attitudini segmentarie, stereognosia, pallestesia) ben conservate.

Craniopercussione dolente in corrispondenza della regione frontale sinistra. Non dolore alla pressione dei rami del trigemino nè degli altri nervi periferici.

Olfatto, udito, gusto normali.

Visus = 1 d'ambo i lati. Esame oftalmoscopico normale; non discromatopsia.

Polmoni e cuore normali.

Polso 80 ritmico, regolare, un po' teso. Esame dell'addome negativo.

Urina, p. spec. 1020, di color giallo carico, fortemente torbida, albumina in notevole quantità. All'esame microscopico scarsi globuli rossi, globuli bianchi, epiteli, numerosi cilindri ialini.

Reazione di Wassermann sul sangue nettamente positiva.

Si prescrive regime latteo, si raccomanda il riposo e, data la grande quantità di albumina, si somministra joduro di potassio ad alte dosi nella speranza di poter ben presto intervenire con preparati mercuriali.

L'ammalata non si è ripresentata più all'ambulatorio nè si è potuto più rintracciarla.

Riassumendo, in un' ammalata luetica noi riscontriamo dei sintomi quali un lieve edema alla faccia e alterazioni particolari dell'urina, che ci conducono alla diagnosi di nefrite acuta. Allato a questa lesione renale noi riscontriamo dolorabilità della regione frontale sinistra alla percussione ed oftalmoplegia esterna parziale sinistra.

Questa è costituita dalla paralisi del retto interno e dell'elevatore della palpebra, e dalla paresi del retto superiore ed inferiore.

In altri termini esiste una paralisi incompleta esterna dell'oculomotore sinistro.

Notai come l'ammalata fosse luetica. Questo fatto è attestato, in mancanza del criterio terapeutico, dall'anamnesi, che ci dice che il marito si infettò di sifilide, che la donna ebbe numerosi aborti, è infine accertato dalla positività della reazione di Wassermann. Ora nel nostro caso due soli fattori eziologici possono essere invocati come causa dell'oftalmoplegia: la sifilide e la nefrite acuta. Ma se nel corso di questa seconda affezione furono descritte oftalmoplegie, queste sono rarissime in confronto alla frequenza colla quale le riscontriamo nei luetici. D'altra parte, data anche la mancanza di altri dati eziologici, è molto probabile che nel nostro caso l'infezione luetica debba pure ritenersi responsabile della sindrome renale. Purtroppo per ra-

gioni da me indipendenti manca il criterio terapeutico.

Fissata così l'eziologia, viene la questione della localizzazione del processo. Noi possiamo subito escludere che si tratti di una lesione corticale oppure posta lungo il decorso del neurone motore centrale dei movimenti associati del III, perchè è molto dubbio che in tali casi si possano avere vere e proprie oftalmoplegie. La maggior parte degli autori, sia clinicamente, sia sperimentalmente non hanno osservato che delle paralisi temporanee e incomplete dei movimenti coniugati degli occhi.

Si tratta d'una lesione che lede il neurone motore periferico del III paio di sinistra o attaccando le cellule delle quali tali fibre si dipartono o attaccando le fibre stesse, vale a dire di un'oftalmoplegia nucleare o di un'oftalmoplegia sottonucleare esterna. Ed infatti la sifilide può localizzarsi in ambidue le sedi. È noto come tal diagnosi di localizzazione sia difficile. Però nel nostro caso l'unilateralità della lesione è molto importante per farci propendere per la sua sede sottonucleare, anche perchè l'oftalmoplegia unilaterale d'origine nucleare è rarissima.

Nè d'altra parte vale l'obiezione che nel nostro caso non tutti i muscoli innervati dall'oculomoto comune sono lesi, perchè tali paralisi incomplete spesso si incontrano come espressione di lesioni sottonucleari.

E l'incertezza della sede va sempre più diminuendo coll'esclusione di un'affezione del peduncolo cerebrale, data la mancata realizzazione della nota sindrome di Weber.

Nel nostro caso adunque si tratta o di meningite gommosa basilare o di nevrite gommosa dell'oculomotore comune di sinistra. Ma la nevrite gommosa va esclusa dati i disturbi soggettivi accusati dall'inferma (dolori alla regione sopracigliare sinistra, vomito a tipo cerebrale) e la dolorabilità della regione frontale sinistra alla percussione.

Non credo, data la sintomatologia presentata dall'ammalata, che sia il caso di fermarsi a discutere la possibilità della tabe o della sclerosi a placche o di una lesione della eminenze quadrigemine o del seno cavernoso o dell'orbita.

***

Stabilita così la diagnosi di sede veniamo ora ad occuparci più intimamente della ptosi a bilancia. Questa, come abbiamo veduto nel nostro caso, si presentava nel modo classico descritto dal Pacetti. Qual'è l'interpretazione da darsi a questo fenomeno? Il Pacetti spiegò la ptosi a bilancia partendo dall'ipotesi che le fibre dell'elevatore delle palpebre abbiano un decorso in parte crociato. Se l'oculomotore comune è affetto da un solo lato arriverebbe all'elevatore delle palpebre dal lato affetto un'innervazione controlaterale sufficiente a permettere l'elevazione della palpebra ptosica.

Quest' innervazione collaterale entrerebbe in giuoco colla chiusura dell'occhio affetto e perdurerebbe finchè tale chiusura viene mantenuta.

Una prova della verosimiglianza di tale ipotesi è data dalla sinergia fisiologica dei due elevatori della palpebra superiore.

Essa fu erratamente contraddetta dal Panegrossi in base a un suo reperto anatomico ma venne corroborata dagli studi più moderni. Il nucleo di origine del III paio è situato sotto le eminenze bigemine anteriori, innicchiato nel fascio longitudinale posteriore, il quale è come scavato per riceverlo.

Gli anatomici vi hanno distinto un gruppo anteriore e un gruppo posteriore. Il gruppo anteriore è a sua volta costituito dal nucleo anteroesterno di Darkschewitsch e dal nucleo antero-interno. Il gruppo posteriore dai nuclei di Edinger-Westphal, dal nucleo centrale di Perlia e dai nuclei laterali principali. Nella zona anteriore sarebbe situato il centro d'origine per i movimenti dell'elevatore della palpebra come si rileva specialmente dagli studi di Déjérine. Egli potè studiare istologicamente i nuclei dell'oculomotore comune in un paziente affetto da ptosi congenita unilaterale e trovò non soltanto una forte riduzione delle cellule della zona anteriore del III paio del lato dove esisteva la ptosi, ma vide pure che parecchie cellule erano scomparse nella zona anteriore del nucleo omologo del lato opposto ed in ispecial modo quelle addossate al fascio longitudinale posteriore. Il nucleo d'origine del « levator palpebrae » avrebbe adunque sede nella parte anteriore del nucleo del III paio e subirebbe un parziale incrociamento. E con questo concorda una revisione più accurata del reperto istologico di Panegrossi.

In questo caso esisteva una ptosi destra ed infatti a destra il nucleo dell'oculomotore comune era gravemente alterato anche anteriormente mentre a sinistra in questo punto le cellule nervose, l'intreccio interno delle fibre nervose erano di-

scretamente conservati. La ptosi a bilancia è adunque dovuta all'innervazione controlaterale dell'elevatore delle palpebre paralizzato. Tale impulso si fa sentire soltanto colla chiusura dell'occhio sano.

Secondo Pacetti l'impulso sarebbe automaticamente inibito dall'insorgere della diplopia, che sempre esiste in questi casi, perchè coll'elevatore son colpiti altri muscoli. Secondo Mingazzini non è tanto la diplopia, che impedisce lo svolgimento del fenomeno quanto piuttosto il fatto che la compressione esercitata dalla mano sulla palpebra sana obbliga il malato a determinare un impulso maggiore anche sul nucleo sano dell'elevatore del medesimo lato da cui partono le fibre incrociantisi e destinate all'elevatore del lato paralizzato.

La ragione per cui il fenomeno della ptosi a bilancia non è costante è ovvia: basta la lesione delle cellule o delle fibre, che si incrociano, appartenenti al gruppo nucleare dell'elevatore del lato dove non vi è la ptosi, perchè il fenomeno non possa prodursi.

La ptosi a bilancia ha adunque un alto valore per una diagnosi di localizzazione fine per le lesioni nucleari del III paio dei nervi cranici. Può il fenomeno del Pacetti riuscire utile nella diagnosi differenziale sempre così difficile tra lesione nucleare e lesione sottonucleare? Teoricamente il concetto a prima vista potrebbe parer sostenibile. Parrebbe infatti logico il pensare che se la lesione colpisce le cellule da ognuna delle quali si origina una fibra o diretta o crociata, possa rispettare, almeno in parte, la via che conduce lo stimolo controlaterale più facilmente che una lesione, che colpisca la radice e specialmente il nervo là dove fibre ed omolaterali ed eterolaterali formano un tutto unico. Senonchè già teoricamente contrasta a quest'idea la frequente bilateralità delle lesioni nucleari in confronto delle sottonucleari mentre la presenza della ptosi a bilancia, come abbiamo veduto, è subordinata alla integrità o quasi integrità da un lato delle cellule da cui originano le fibre crociate, che vanno all'elevatore delle palpebre del lato opposto.

Il nostro caso, in cui si tratta certamente di un'affezione sottonucleare vi sta nettamente contro. Fino ad ora quindi al fenomeno di Pacetti non possiamo dare che un valore semeiologico e fisiopatologico.

Sarebbe bene ad ogni modo in avvenire di studiare la ptosi a bilancia più profondamente di quanto non si sia fatto fino ad oggi e sotto questo punto di vista e nella sua frequenza e modalità di presentarsi nelle varie affezioni, che possono dare una paresi o paralisi unilaterale dell'elevatore della palpebra superiore.

BIBLIOGRAFIA.

MINGAZZINI. *Anatomia clinica dei centri nervosi.* II edizione, Torino 1913.

PACETTI. *Sulle paralisi funzionali dei muscoli oculari.* Policlinico, Sezione medica, vol. III, fascicolo 3, 1896.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA.

Cancro del colon.

(SINCLAIR WHITE. *Brit. Med. Journ.*, luglio 1913).

Il cancro del colon è di solito primitivo, ma qualche volta il colon stesso viene invaso da neoplasie maligne insorte in organi vicini o da metastasi cancerose.

L'A. ricorda il caso di una donna affetta da cancro del retto, e in cui, nel fare la colostomia, trovò un nodulo metastatico del colon discendente.

Raggiunge la massima frequenza tra 40 e 65 anni, ma la percentuale sotto i 40 anni è maggiore che per i cancri delle altre regioni (Maydl e altri). La sua frequenza relativa si può desumere dalla statistica di Nothnagel: nel periodo di 20 anni furono fatte 3583 autopsie di cancerosi; in queste si contano 343 di cancri nell'intestino, e, più particolarmente, 164 del colon e 162 del retto.

Il tipo istologico del cancro del colon corrisponde quasi sempre alla varietà tubulare del carcinoma ghiandolare. Esso infiltra la mucosa, la sottomucosa e la muscolare, tendendo a diffondersi più secondo la circonferenza che longitudinalmente. Di solito assume la forma sclerosante, per cui si produce una costrizione anulare che, se il paziente vive abbastanza a lungo, può condurre all'ostruzione completa. Il tumore non raggiunge quasi mai un gran volume: la superficie interna è formata da un'ulcerazione con margini eversi e duri, mentre all'esterno esso produce come un solco costrittivo sull'intestino. Il peritoneo è invaso tardivamente: lo stesso dicasi dei gangli mesenterici, che talora sono semplicemente ingrossati per un processo iperplastico reattivo. La parte prossimale del colon si dilata e la muscolare diviene

ipertrofica; talora si ha un lieve grado d'invaginazione della parte malata nel tratto distale sano, aumentando così la stenosi.

In un numero minore di casi la neoplasia assume la forma fungosa, con masse polipose e fragili rivolte verso il lume dell'intestino. Questa forma non produce quasi stenosi, ma ha un decorso assai più rapido, e predilige i giovani.

Non esistono, sfortunatamente, sintomi precoci di questa malattia, e di solito i pazienti chiedono il consiglio del chirurgo, quando i sintomi dell'ostruzione intestinale cronica si sono già stabiliti. Nella forma fungosa il fetore delle feci, e la presenza in esse di sangue e di pus, nonchè il rapido deperimento possono condurre alla diagnosi. Nella forma sclerotica le prime manifestazioni consistono in una costipazione ostinata e progressiva, talora alternantesi con scariche diarroiche, dolori colici uniti a forti movimenti peristaltici. In seguito si ha timpanismo addominale, la lingua è fortemente impaniata, l'alito fetido, l'appetito diminuisce e la digestione diventa tarda e difficile. Alle volte si può palpare una tumefazione, specie se il tumore è a carico della porzione centrale del colon discendente o del cieco.

Talora, sia per il fermarsi di feci solide nel tratto stenosato, sia per invaginazione o inginocchiamento a livello del tumore, insorge la sindrome dell'occlusione intestinale acuta. In altri casi si ha perforazione dell'ulcera neoplastica con peritonite circoscritta o generalizzata.

Nell'ostruzione da cancro del colon, il meteorismo addominale precede sempre il vomito, e questo non ha un carattere così progressivo come nei casi di volvulo. Un sintoma importante è dato dai forti movimenti peristaltici del tratto prossimale del colon, che possono essere veduti e palpati traverso le pareti addominali. Tali movimenti si accompagnano ad esarcerbazioni del dolore. In genere sintomi di ostruzione cronica al di là dei 40 anni debbono far pensare a un tumore *mali moris*. Ma è sempre necessario poter escludere le stenosi tubercolari, sifilitiche o dissenteriche. Talora l'accumulo di masse fecali o la presenza di corpi estranei (calcoli), la cui presenza abbia cagionato una flogosi reattiva, possono simulare la malattia in questione. Inoltre prima di porre una diagnosi sarà fatto un esame accurato del retto, dell'utero e delle ovaia. La tubercolosi, l'attinomicosi del cieco e specialmente l'appendicite cronica possono essere causa d'errori. La tubercolosi del cieco non è rara nelle donne sotto i 40 anni, ma la tumefazione è fin dall'inizio fissa, frequente la diarrea e la piressia serale. Un'altra affezione, che può lasciare perplesso il chirurgo, anche dopo aperto l'addome, è l'ascesso cronico retrocecale.

Quanto alla diagnosi di sede del tumore, allorchè non si riesce a palparlo, potrà essere utile la distensione del viscere sopra la neoplasia, il luogo di arresto delle onde peristaltiche, la radiografia dopo il pasto al bismuto, la sigmoidoscopia, se il tumore siede in basso, la misura della quantità di acqua che si può introdurre nel retto, trovandosi il malato nella posizione di Trendelenburg.

Dato che il cancro del colon presto o tardi, nella maggioranza dei casi, conduce all'ostruzione, e dato che esso non dà metastasi che tardivamente, la sua estirpazione, con resezione di un tratto maggiore o minore di colon, è molto spesso indicata e necessaria.

La *colectomia* che, fino a pochi anni fa, dava una mortalità del 40 %, oggi, per la migliorata tecnica, per l'uso frequente della colostomia preliminare, per la migliore scelta del materiale, dà una mortalità non superiore al 15 %.

W. J. Mayo su 69 colectomie per cancro, ha avuto solo 10 morti operatorie. L'A. nel periodo di quattordici anni ha fatto nella sua pratica privata 26 colectomie; in 15 casi esisteva ostruzione intestinale acuta o subacuta, per cui alla colectomia fu fatta precedere la colostomia. Dei 26 pazienti, 4 morirono per cause dipendenti dall'operazione, 5 per recidiva dopo un periodo da due a quattro anni, 13 godono buona salute a intervalli dall'operazione varianti da pochi mesi a 14 anni; gli altri 4 pazienti sono morti dopo vari anni per malattie intercorrenti.

Naturalmente la colectomia ha dei limiti e delle controindicazioni. Anzitutto essa non dovrebbe mai essere adoperata in casi di ostruzione intestinale, se non dopo almeno due settimane da una colostomia preliminare, che permetta il miglioramento delle condizioni anatomiche e fisiologiche di un dato tratto intestinale.

La colostomia sarà spesso da preferirsi alla colectomia, pur rimanendo un'operazione palliativa in individui molto avanzati in età. D'altra parte nei cancri del colon che colpiscono i giovani e che si distinguono per una crescita rapida, i risultati della colectomia sono poco soddisfacenti. Questa sarà pure controindicata, quando sieno già avvenute metastasi in altri organi.

La colostomia trova le sue indicazioni nei casi sopradetti, come operazione palliativa, cioè quando la resezione è impossibile, e come primo tempo nei casi di ostruzione. Ma anche quando l'ostruzione manchi, l'operazione in due tempi, cioè la colostomia seguita dalla colectomia, presenta molti vantaggi sulla operazione in un sol tempo. Essa permette anzitutto l'esplorazione dei visceri addominali, permette le irrigazioni del segmento malato, la cui sepsi viene diminuita, mentre il mancato passaggio delle feci ne migliora le condizioni anatomiche; inoltre la sutura, dopo la resezione, avrà molto maggior probabilità di mantenersi continente.

Quanto alla tecnica della colectomia l'A. fa alcune considerazioni sul modo di riunire i due monconi colici dopo la resezione. Egli ha usato, a seconda dei casi, tre metodi: la riunione capo a capo (*end-to-end*), che rappresenta il metodo ideale, ma anche il più difficile, e che è indicato sopra tutto quando i due monconi sono abbastanza distanti tra loro; la riunione latero-laterale (*side-to-side*), molto più facile, ma che richiede un notevole grado di mobilità dei monconi intestinali; finalmente l'impianto laterale o termino-laterale (*end-to-side*).

L'A. chiude il suo importante articolo citando, abbastanza per esteso, tre casi ben riusciti di colectomia per cancro.

A. CHIASSERINI.

SIFILOGRAFIA.

Stato attuale della cultura della spirocheta pallida.

(H. NOGUCHI. *La Presse médicale*, ottobre 1913).

Da quando nel 1909 Schereschewsky ha annunziato di essere riuscito a coltivare dai tessuti sifilitici umani alcune forme di spirochete nelle quali aveva creduto di identificare la spirocheta pallida, numerosi autori si sono occupati dell'argomento. Molti hanno ottenuto delle culture impure; almeno 10 autori affermano di avere avuto culture pure di spirocheta pallida (Mühlens, Hoffmann, Noguchi, Sowade, Arnheim, Tomasczewsky, Shmamine, Nakano, Baeslack, e recentemente Schereschewsky).

I terreni di cultura adoperati possono dividersi in tre gruppi:

a) siero di cavallo o di altri animali, solidificato (Schereschewsky, Mühlens, Hoffmann, ecc.);

b) acqua di siero e tessuto animale fresco (Noguchi);

c) agar-ascite e tessuto animale fresco.

Il terreno di Schereschewsky è stato modificato variamente dai diversi autori.

Alcuni autori hanno adoperato esclusivamente i tessuti sifilitici umani, altri hanno adoperato anche quelli del coniglio.

Le culture furono da tutti eseguite (tranne da Noguchi e Baeslack) senza precauzioni anaerobiche rigorose. È certo che le spirochete coltivate dai primi sperimentatori potevano moltiplicarsi e conservarsi per più generazioni in un siero di cavallo coagulato a metà. Le spirochete coltivate dal Noguchi differiscono perchè si coltivano soltanto per la presenza di tessuti freschi e con l'esclusione completa dell'ossigeno.

Il terreno n. 2 è fatto esclusivamente per le culture ottenute dalle lesioni testicolari del coniglio; il terreno n. 3 è adatto solo per i prodotti impuri ottenuti dalle manifestazioni sifilitiche umane. Il Noguchi ha osservato che la specie di spirocheta di provenienza umana non può essere coltivata nel terreno n. 2; e che quella proveniente dal coniglio non si sviluppa nella prima generazione in un tessuto con agar ascitico nè in altri terreni di cultura, compreso quello di Schereschewsky.

Quanto alla morfologia delle spirochete coltivate, alcuni autori ammettono che le loro culture contenevano insieme forme sottili e forme grossolane, specialmente quando si trattava di spirochete di origine umana. Mühlens credeva che le due forme appartenessero a varietà differenti; Schereschewsky riteneva appartenessero ad una medesima specie di spirochete sviluppate in condizioni differenti; Noguchi si dichiara favorevole alla prima opinione.

Servendosi di materiale di cultura ottenuta dal sifiloma del testicolo di coniglio, il Noguchi per il primo riusci nel 1911 a riprodurre delle lesioni sifilitiche tipiche in numerosi conigli. In seguito diversi autori hanno ottenuto gli stessi risultati, adoperando materiali di cultura pura od impura, proveniente dal coniglio o dall'uomo.

Vi sono differenze fondamentali fra le proprietà biologiche della spirocheta coltivata da Mühlens ed Hoffmann e quella coltivata da Noguchi. La prima esala un odore di putrefazione e si coltiva non solamente nel siero di cavallo quasi in superficie, ma anche nell'agar puro e nel brodo per più generazioni in presenza d'ossigeno; mentre

che la seconda si sviluppa soltanto in condizioni rigorosamente anaerobiche in presenza di tessuto fresco sterile e non produce mai odore di putrefazione, ed inoltre non si sviluppa mai nel siero di cavallo, nell'agar o nel brodo, neppure dopo averla coltivata a lungo artificialmente.

Il Noguchi ha inoltre dimostrato che alcune forme di spirocheta boccale (*Treponema dentium*, *Treponema mucosum*) presentavano in cultura pura caratteri morfologici che non potevano essere distinti da quelli della spirocheta pallida, ma che essi a differenza di questa esalavano, come le culture di Mühlens, un odore di putrefazione caratteristico.

Gli studi recenti fatti dal Noguchi sulla *Spirochaeta calligyrum*, forma intermedia fra la spirocheta pallida e la spirocheta *refringens*, che si trova nelle lesioni non sifilitiche delle regioni genitali dell'uomo, fanno risorgere le difficoltà che si incontrano nel riconoscere una spirocheta che somiglia alla spirocheta pallida in culture provenienti da sifilitici umani. La *Spirochaeta calligyrum* si sviluppa molto più facilmente in differenti terreni e può essere confusa con la spirocheta pallida; si sviluppa come questa e non produce odore fetido. Se ne distingue perchè priva di potere patogeno, perchè si riscontra in manifestazioni non luetiche, e ancora perchè è un po' più grossa. Le spirochete non patogene che si coltivano facilmente nel siero-agar ordinario appartengono a questo gruppo, benchè la spirocheta pallida possa per simbiosi svilupparsi insieme con esse; in questo caso la cultura non pura potrebbe essere non patogena. Per ottenere una cultura pura, occorre servirsi di materiali puri, come quelli del sifiloma del testicolo del coniglio. In una cultura in cui la spirocheta pallida sia associata alla *calligyrum*, alla *refringens* o ad altre, si può eliminare la spirocheta pallida nelle generazioni successive sopprimendo il tessuto fresco o non curando con rigore l'anaerobiosi. Non si può ottenere l'inverso.

Dalle osservazioni su riferite deriva che i metodi adoperati per la cultura della spirocheta pallida hanno dato finora risultati incostanti. Quando si hanno culture impure, la prova che in esse sia presente la spirocheta pallida si ottiene dalla inoculazione sperimentale positiva; ma se la cultura non possiede potere patogeno, non si può affermare che essa sia cultura pura di spirocheta pallida, perchè possono esistervi altre spirochete morfologicamente simili. È positivo soltanto ch le culture pure di spirocheta pallida non producono putrefazione. Se la cultura è patogena e presenta fenomeni di putrefazione, deve essere considerata come cultura impura. Se presenta fenomeni di putrefazione e non è patogena, non si può in alcun modo provare che essa sia una cultura di spirocheta pallida.

La cultura pura ottenuta dal Noguchi ha bisogno della più assoluta anaerobiosi. Nelle culture ottenute dagli altri autori con metodi più semplici non è esclusa la presenza di specie saprofitiche, anche se esse presentano proprietà patogene.

P. SABELLA.

Sifilide a decorso atipico.

(GOUGEROT. *Paris médical*, 21 giugno 1913).

L'A. riferisce la storia di un'infermo che ebbe l'accidente iniziale della sifilide nel luglio del 1911 e fu subito curato con due iniezioni endovenose di 606. L'infezione parve estinguersi, giacchè non seguirono manifestazioni secondarie. Ma sette mesi dopo, in un periodo nel quale più comunemente si hanno placche mucose e sifilidermi papulosi disseminati, il paziente ha presentato manifestazioni terziarie tipiche. L'infezione ha quasi saltato il periodo secondario, dal sifiloma iniziale è passata direttamente alle lesioni gommose.

Il 606 pare quasi abbia fatto anticipare il periodo terziario.

Tutta una serie di osservazioni simili a questa stanno a dimostrare che il 606 spesso modifica l'evoluzione della sifilide.

Certamente le sifilidi atipiche non erano rare neppure col trattamento mercuriale, ma esse pare siano diventate più frequenti dopo l'introduzione delle cure arsenicali.

Da tutte queste osservazioni l'A. trae quattro insegnamenti praticamente molto utili:

1° Le cure molto intense, mercuriali od arsenicali, possono ritardare, attenuare o sopprimere del tutto le manifestazioni del periodo secondario; e ne può risultare uno stato di guarigione clinica duratura o passeggera, ma più apparente che reale.

2° Queste cure sembra che affrettino poi gli accidenti terziari, o più esattamente le recidive precoci si presentano con manifestazioni terziarie e non più secondarie, come se manchi la generalizzazione della sifilide e questa tenda a localizzarsi.

3° Queste osservazioni devono mettere in guardia dall'affermare facilmente la guarigione della sifilide: l'infezione rimasta latente potrà dare recidive precoci e tardive.

4° I sifilitici devono essere sempre sorvegliati e curati, anche quando sembrino guariti, poichè le false guarigioni sono sempre molto frequenti.

Sifilide secondaria ritardata, ritardata ed attenuata, o soppressa. — Nella sifilide detta ritardata, l'esplosione delle manifestazioni secondarie non manca, ma si verifica più tardi del solito, parecchi mesi dopo il sifiloma iniziale. La cura ha ritardato, senza attenuarla, l'intensità del periodo secondario: e si hanno quindi tutti i sintomi della generalizzazione dell'infezione.

L'A. riferisce di due casi di sifilide secondaria ritardata in seguito a cure mercuriali; e ricorda i casi simili osservati da Gaucher ed altri in seguito alle cure di 606.

Da quando si è diffuso nella pratica l'uso del 606, parecchi autori hanno pubblicato casi di guarigione di sifilide nel periodo primario e di reinfezione più o meno precoce.

Questi casi sono stati messi in dubbio da altri autori. Gaucher, riferendosi anche al caso di un individuo che aveva presentato una cosiddetta reinfezione senza aver avuto la possibilità di contagiarsi una seconda volta, ritiene che almeno nella maggior parte di questi casi il secondo sifiloma sia invece una lesione ulcerosa secondaria della stessa sifilide apparentemente guarita dal 606, e che la eruzione generale consecutiva non sia altro che una roseola di ritorno.

Il primo sifiloma guarisce o sembra guarire sotto l'influenza della cura intensa; la sifilizzazione generale è arrestata, gli accidenti secondari non si manifestano; ma nella sede del sifiloma o nelle circostanze lungo i linfatici sopravvivono nello stato di latenza colonie microbiche le quali, per la cessazione della cura o per altre circostanze intercorrenti, potranno più tardi vincere l'indice di resistenza dell'organismo: esse pullulano, riproducono o no una nuova manifestazione nella sede primitiva o nelle vicinanze, si diffondono, pervengono nelle vie sanguigne e si generalizzano dando luogo alle manifestazioni del periodo secondario.

L'A. riferisce quindi alcuni casi di sifilide secondaria ritardata ed attenuata, in seguito a cure intense mercuriali o più spesso in seguito a cure di 606. Questi casi sono più frequenti dei precedenti, e conosciuti da tempo più lungo.

Delle volte la generalizzazione della sifilide si manifesta soltanto con un sintoma: in un caso le placche mucose, in un altro la poliadenopatia. Gli altri sintomi mancano; per quanto il paziente si osservi accuratamente, la roseola non si manifesta. È questa la sifilide ritardata incompleta, nella quale la cura non ha soltanto ritardato ma ridotto gli accidenti secondari.

Da questa varietà di casi si passa per gradi all'altra varietà nella quale il solo mercurio, il solo 606, o l'uno e l'altro insieme sopprimono le manifestazioni secondarie.

In questi casi secondo alcuni la sifilide è guarita, è abortita; semplicemente è resa latente, secondo altri, e molto spesso suole recidivare.

Sifilide terziaria precoce, per effetto di queste cure. — In questi casi la recidiva invece di presentarsi con manifestazioni a tipo secondario, si presenta con lesioni a tipo terziario, le più caratteristiche dei periodi tardivi della sifilide.

Queste osservazioni dimostrano che l'evoluzione dell'infezione è profondamente modificata dalla cura. La cura, arrestando la proliferazione dei germi, non permette la manifestazione delle eruzioni a tipo secondario; e forse per effetto di rare embolie microbiche localizza l'infezione soltanto in alcune sedi, come succede nel periodo terziario, ed in queste sedi le spirochete moltiplicandosi daranno luogo, con meccanismo non chiaro, alla manifestazione di lesioni terziarie gravi e profonde.

Se la cura non ha fatto guarire l'infezione, ha arrestato la grande generalizzazione e ha ridotto la disseminazione dei germi a pochi accidenti localizzati: essa dunque tende da principio a localizzare la sifilide.

Poichè questa tendenza a localizzarsi, ancora più dell'aspetto delle lesioni stesse, è caratteristica clinica della sifilide terziaria, si può dire che la cura ha soppresso il periodo secondario, sostituendolo quasi col periodo terziario.

False guarigioni della sifilide: pericoli delle sifilidi latenti ignorate. — Queste osservazioni hanno un grande interesse pratico. La soppressione anche completa degli accidenti secondari non significa dunque che la sifilide sia guarita: certamente è un progresso l'attenuazione e la soppressione del periodo secondario, così pericoloso per il paziente per le lesioni viscerali, nervose, renali, ecc., e per gli altri per il pericolo di contagio; ma bisogna sempre diffidare delle guarigioni apparenti. In

questi casi l'illusione della guarigione può essere molto perniciosa: non prendendo nessuna precauzione per sè e per gli altri, il sifilitico potrà andare incontro alle più gravi affezioni del sistema nervoso (tabe, paralisi progressiva), può con leggerezza maritarsi pochi mesi dopo il sifiloma iniziale ed andare incontro ai disastri peggiori.

Non si sarà mai sufficientemente prudenti nell'affermare la guarigione definitiva della sifilide. Di grande utilità può essere in questi casi la reazione di Wassermann.

La conclusione pratica di tutte queste osservazioni è che i sifilitici debbono essere sempre sorvegliati e curati, anche quando sembrano guariti. Le recidive sono tanto frequenti, anche dopo lunghi periodi di latenza clinica, anche dopo parecchie reazioni di Wassermann negative.

Nel periodo primario e secondario la reazione di Wassermann è un sintoma utile a conoscere, ma non indispensabile: si deve fare un trattamento sistematico di almeno quattro anni, come la lunga esperienza clinica ci insegna. La reazione di Wassermann più volte ripetuta e sempre negativa potrà renderci meno rigorosi nel trattamento sistematico della sifilide secondaria latente. Se la reazione è positiva, o se ritorna tale dopo un'interruzione della cura, allora vi sarà una ragione di più per insistere nel trattamento.

Ma nei primi quattro anni la reazione di Wassermann positiva non deve essere considerata come un elemento indispensabile per la continuazione di una cura sistematica.

Nel periodo terziario invece e nelle sifilidi tardive latenti la sieroreazione è necessaria. Quando la reazione negativa concordi con l'assenza di sintomi cutanei mucosi e nervosi (può essere utile la puntura lombare), si è nel diritto di sospendere la cura, tanto più che il trattamento mercuriale pare non abbia azione preventiva contro gli accidenti terziari. Ma sarà bene ricordare sempre che la reazione negativa non ci metterà mai al sicuro dalle recidive, e quindi il sifilitico dovrà essere sempre sorvegliato.

Nel periodo terziario, se la reazione è negativa e non vi sono manifestazioni, è dubbio quale sia il compito della cura. Certo è prudente non tralasciare del tutto la cura, finchè la presenza di anticorpi nel sangue indica che l'infezione latente è ancora in attività. Ma, malgrado le cure ostinate, nelle sifilidi latenti tardive è difficile modificare la reazione. Perciò non si curerà per degli anni, senza interruzione, un sifilitico che soltanto presenti reazione di Wassermann positiva. Si dovrà sempre sorvergliarlo e tutto al più sottoporlo ogni anno a brevi periodi di cura.

Terminato il trattamento sistematico dei primi anni della sifilide, se la sifilide resta latente, la reazione di Wassermann è il solo mezzo atto a controllare i risultati della cura. Essa completa l'esame clinico che dovrà essere periodicamente praticato.

P. SABELLA.

PEDIATRIA.

Considerazioni critiche su i così detti disturbi della nutrizione nei bambini.

(D. PACCHIONI. Comunicazione all'VIII Congresso Nazionale di Pediatria in Bologna, settembre 1913).

L'A. per quanto ammiri l'importanza degli studi delle scuole tedesche nel campo dei così detti disturbi della nutrizione, non può accettare il concetto sostenuto da Czerny, perchè lo ritiene troppo duttile ed indeterminato. Infatti non vi è nessuno stato patologico che non possa essere ridotto ad una malattia della nutrizione. Devesi invece considerare il disturbo della nutrizione soltanto come l'effetto o il danno provocato sulla nutrizione, per esempio, dalla anormale alimentazione. Espone i suoi dubbi circa le ricerche chimiche eseguite sul ricambio dalle scuole tedesche.

Critica la teoria dell'acidosi di Czerny ed anche quella di Finkelstein, e conclude dicendo che esse possono essere accettate soltanto come prototesi o ipotesi provvisorie. Ritiene più utile di ricondurre i fatti morbosi ad una patogenesi più reale, e crede che il momento patogenetico fondamentale debba sempre ricercarsi nelle condizioni della mucosa intestinale, ricordando che sono solo le sue cellule quelle che regolano tutta la nutrizione. Perciò il tornare esplicitamente a localizzare i disturbi da alimentazione nell'intestino, ed il tornare a dire che come la causa prima è nell'alimentazione e l'effetto ultimo nella nutrizione, così la loro sede di formazione è nelle vie digerenti, ed il parlare quindi piuttosto di malattie dell'apparato nutritizio che di disturbi della nutrizione, pare più consentaneo con la logica e con lo stato naturale dei fatti.

A questo punto l'A. riassume le principali cognizioni di fisiologia, mettendo in rilievo l'importanza grandissima delle cellule epiteliari intestinali, che si possono considerare come organi ghiandolari investiti di secrezione interna. Finchè queste cellule riescono ad adempiere il loro còmpito non

vi è malattia; la malattia incomincia, come anche dicono gli autori tedeschi, appena che queste cellule diventano insufficienti. L'insufficienza delle cellule intestinali epiteliari segna il fondamento patogenetico dei disturbi da alimentazione. Il « limite di tolleranza » di Finkelstein corrisponde al limite dell'attività funzionale delle cellule epiteliari intestinali. Naturalmente al principio di una malattia da alimentazione, essendo la lesione del tutto funzionale, non si possono avere sintomi a carico del tubo enterico.

Non parla dei danni da ipoalimentazione perchè, essendo provocati non dall'alimentazione, ma dalla mancanza di alimentazione, crede che di essi si debba trattare là dove insieme alle diatesi e costituzioni si tratta l'argomento della nutrizione in generale.

Per l'applicazione del concetto patogeno si riferisce agli avvenimenti morbosi determinati dall'allattamento artificiale. Dice che sorpassato il limite della massima attività funzionale delle cellule epiteliari della mucosa intestinale si ha il fallimento delle funzioni cellulari. La prima a fare difetto delle tre funzioni (digestiva, assorbente, assimilativa) deve essere quella assimilativa, perchè è la funzione che le cellule dànno innaturalmente, per forza maggiore come risposta agli stimoli della innaturale alimentazione. Il difetto di questa funzione interessa da prima solo i proteici ed i grassi. Gli idrati di carbonio ed i sali sono invece ben tollerati. Effetto utile consegue alla diminuzione della dieta, perchè si ristabilisce l'equilibrio della funzione assimilativa. Si può trovare una dieta di tolleranza, con la quale il peso corporeo si mantiene almeno stazionario, e che misura il valore della funzione assimilativa. Somministrando maggiori quantità di albumine (Combe) o di grassi si ha la reazione paradossa, perchè una maggiore quantità di questi materiali impropriamente elaborati giunge a modificare le condizioni del ricambio materiale. In seguito, poichè la funzione dell'assimilazione e quella dell'assorbimento sono strettamente dipendenti l'una dall'altra, si determina un difetto anche nell'assorbimento, ed infatti compaiono residui di caseina (Uffenheimer) ed aumentano i saponi nelle feci. Col progredire dell'errore alimentare le cellule intestinali diventano sempre più insufficienti e la insufficienza si estende anche alla funzione digestiva. Si ha ristagno di materiali anche incompletamente digeriti con produzione di decomposizioni e fermentazioni anormali, sopratutto acide che impediscono la formazione di saponi. Gli acidi grassi ed altre probabili sostanze acide determinano allora irritazione della mucosa, che reagisce con la escrezione di muco, con la secrezione di acqua e con la esagerazione della peristalsi. Così si giunge alla dispepsia, nella quale la lesione dell'intestino da funzionale incomincia a diventare organica. La persistenza di queste condizioni, limitando sempre di più l'entrata in circolo di materiali adatti per l'assimilazione intraorganica, può giungere fino a determinare l'arresto della funzione autonoma dell'accrescimento, con consecutiva atrofia o decomposizione che dir si voglia. L'aggravamento invece di queste condizioni intestinali può invece d'altra parte condurre la mucosa in un tale stato di deficienza funzionale che, quasi come una membrana non vivente, si presta all'assorbimento ed assimilazione non a seconda delle normali sue leggi biologiche, ma unicamente a seconda delle leggi fisico-chimiche. Così allora penetrano in circolo sostanze proteiche, grassi, lipoidi, zuccheri e sali in tali condizioni di difettosa elaborazione che possono acquistare proprietà tossiche. L'intossicazione da causa alimentare oltre che per altre circostanze si verrebbe appunto a determinare per mezzo di questo meccanismo.

Conclude facendo rilevare la parte grandissima e fondamentale che l'intestino prende nel determinismo di questi disturbi da alimentazione, e trova quindi necessario di tornare a localizzare decisivamente nelle vie digerenti queste sindromi morbose. In mancanza di altre denominazioni, che valgano ad individualizzarle e definirle, gli sembra adatto il termine di enterosi. E con maggiore precisone per enterosi dovrebbero intendersi quelle condizioni morbose croniche dell'intestino da causa alimentare determinate prevalentemente da un'insufficienza funzionale delle cellule della mucosa intestinale e specialmente di quelle epiteliari. Le enterosi, come ogni altra affezione delle vie digerenti, si manifesterebbero con due sorta di sintomi, con sintomi intestinali cioè, e con sintomi generali a carico della nutrizione e di intossicazione. Però, a differenza delle enteriti, i fenomeni intestinali delle enterosi specialmente al principio non sarebbero tanto appariscenti come quelli generali, corrispondentemente alla quasi completa mancanza di lesioni anatomiche ed alla notevole compromissione invece dell'attività funzionale cellulare.

Senza la pretesa di avere dette cose nuove, crede che orientando in questo modo il ragionamento si venga a mettere più in fuoco la questione dei disturbi da alimentazione per modo da conciliare le teorie degli autori tedeschi con il decorso naturale degli avvenimenti. Il concetto delle enterosi infatti, mentre conserva tutta l'importanza alle alterazioni della nutrizione, serve a ricondurre decisamente il momento patogenetico fondamentale nella sua sede di formazione, cioè nell'intestino.

G. A. DOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI ASTI.

Trapianto tendineo-aponeurotico in sostituzione della rotula estirpata

per il dott. MARIO FASANO.

Fin dal 1908 alla XXI adunanza della Società italiana di chirurgia riferendo su di un caso di osteomielite primitiva della rotula nel quale ero stato costretto a procedere all'enucleazione dell'osso intero necrosato avevo accennato ad un metodo operatorio suggeritomi dalla pratica del caso e che mi aveva dato risultati funzionali ottimi sino allora dopo tre anni e che tali si sono mantenuti sinora ossia dopo 8 anni.

Siccome nell'osservazione in questione si trattava di frattura di rotula necrosata con lacerazione delle parti molli di rivestimento, ecco usando le parole testuali della mia comunicazione, quale fu il procedimento da me allora eseguito:

« Ampliata convenientemente la ferita traumatica dell'aponeurosi rotulea di rivestimento mediante un'incisione, si estraggono i frammenti liberando attentamente a contatto dell'osso con strumenti ottusi lo sfondato fibroso ed enucleando quindi a grado a grado avendo cura di non prolungare la lacerazione dell'aponeurosi di rivestimento e di non intaccare i legamenti laterali, che non erano stati interessati dal trauma.

« Detersa accuratamente la cavità articolare si procede alla preparazione dei lembi aponeurotici escidendone le lacinie prolabenti e regolarizzando i bordi fibrosi residui all'apertura dell'aponeurosi di rivestimento della rotula per modo da formare un elissoide diretto in senso verticale, avente un diametro massimo di 6 cm. ed un minimo di 3 cm. Ciò fatto si passa alla sutura dei bordi aponeurotici delimitanti i contorni dell'incisione elissoidea sopraddetta, sutura che viene eseguita con punti staccati di seta, avendo cura di infiggere l'ago un centimetro all'esterno di detti bordi e poter quindi avvicinare sulla linea mediana una porzione maggiore di legamenti laterali e costituire quindi un robusto tendine rotuleo in sostituzione della rotula enucleata ».

Il buon risultato funzionale ottenuto in questo caso mentre veniva a dimostrarmi la possibilità di poter sostituire la rotula mediante una plastica tendinea, mi spingeva d'altra parte a praticare qualche ricerca anatomica e sperimentale allo scopo di meglio disciplinare la tecnica dell'intervento praticato.

Lo stato anatomico della regione nel caso occorsomi era ben diverso da quello che ordinariamente suole presentarsi nella pratica.

Si trattava di un'osteomielite della rotula a decorso subacuto, l'osso necrosato si presentava quindi poco aderente, quasi staccato dall'aponeurosi di rivestimento, esso formava come un sequestro ricoperto dall'aponeurosi rotulea ispessita a guisa di periostio sequestrante, in tal caso riusciva facile l'enucleazione dell'osso e la conservazione delle aponeurosi rotulee.

Al contrario operando su di una rotula normale il distaccò dell'aponeurosi di rivestimento non solo non avviene come nel caso occorsoci, ma difficilmente si possono conservare lembi aponeurotici di ampiezza tale da poterli suturare insieme e ristabilire con essi la continuità dell'apparecchio legamentoso.

A tal uopo osservando sul cadavere l'anatomia della regione mi venne fatto d'ideare un metodo, che non solo corrisponde bene anatomicamente al piano dell'operazione, ma anche fisiologicamente sembra soddisfare allo scopo prefisso, vale a dire alla ulteriore funzione dell'arto, come ebbi a convincermi con numerose esperienze praticate su cani.

Il metodo da me ideato è fondato sui trapianti ed innesti aponeurotici e tendinei, argomento che tanta parte ebbe in questi ultimi tempi nel progresso della chirurgia ortopedica e che costituisce continuo oggetto di studio in questa branca della chirurgia. Esso è basato sulla sostituzione della rotula estirpata da parte di un lembo tendineo-aponeurotico.

Noi sappiamo come l'apparecchio legamentoso anteriore della rotula è costituito dal tendine del quadricipite il quale si continua col legamento rotuleo mediante l'interposizione della rotula. Questo tendine è diretto un po' obliquamente in basso ed all'indietro e si fissa sulla faccia anteriore della rotula in corrispondenza della sua base per l'estensione di un centimetro circa ricoprendo poscia la rotula per tutta la sua estensione mediante lamine fibrose, che si continuano in basso col legamento rotuleo e lateralmente sui margini della rotula, per modo da costituire due legamenti laterali, detti *alette* della rotula, le quali si espan-

dono circondando il ginocchio sulle parti laterali e vanno a fissarsi dietro le capsule fibrose di ciascun condilo.

Estirpata la rotula ne risulta un difetto dell'apparecchio legamentoso, che può essere facilmente sostituito da un lembo aponeurotico scolpito dal tendine del quadricipite, ribattuto in basso sul difetto risultante dall'ablazione della rotula e suturato al legamento rotuleo ed alle alette laterali.

Ecco in riassunto i varii tempi dell'operazione:

1. Si delimita un lembo cutaneo-aponeurotico in modo da comprendere insieme con la cute la aponeurosi d'involucro, prolungamento di quella della coscia, la quale per l'interposizione della borsa prerotulea passa dinnanzi alla faccia anteriore della rotula senza aderirle.

Questo lembo a convessità in basso della lunghezza di 10 centimetri circa raggiunge il suo punto estremo in corrispondenza della tuberosità anteriore della tibia e comprende nel suo diametro trasversale la rotula ed il tendine del quadricipite.

2. Sollevato il lembo si incide a contatto del bordo rotuleo interno l'aletta e si procede all'isolamento dell'osso in tutto il suo contorno.

3. Sul tendine del quadricipite per tutta la sua larghezza e per un'altezza corrispondente a quella della rotula estirpata si scolpisce per sdoppiamento un lembo sino a mezzo centimetro dalla sua inserzione al bordo superiore della rotula.

4. Si ribatte questo lembo a cerniera in basso in modo che la sua superficie incruenta sia rivolta verso l'articolazione e lo si sutura al legamento rotuleo ed alle alette.

5. Si abbassa il lembo aponeurotico-cutaneo e lo si sutura a due piani.

Come già ebbi ad accennare, le esperienze da me praticate su cani di grossa taglia ebbero a darmi ottimi risultati nonostante in questi animali abbiasi notata leggera flessione oltre la norma in corrispondenza dell'articolazione operata: È da notarsi però che questi animali poco si prestano ad esperienze del genere essendo in essi l'articolazione corrispondente a quella del ginocchio normalmente in semiflessione e variando quindi le condizioni statiche che si riscontrano fisiologicamente nell'uomo. Tuttavia il fatto che gli animali pochi giorni dopo l'operazione potevano camminare e presto anche correre e che in essi la estensione era possibile tanto da potersi rizzare sugli arti posteriori, unitamente al risultato da me ottenuto nell'uomo nel caso comunicato, sebbene in esso il procedimento per condizioni patologiche speciali sia stato alquanto diverso, m'inducono a sperare che il metodo operatorio possa essere tentato utilmente nella pratica.

Esso troverebbe le sue indicazioni in tutti i casi in cui per processi necrotici (osteomieliti) o neoplastici la rotula dovesse necessariamente essere estirpata, inoltre come complemento negli interventi soliti per fratture trasversali della rotula nei quali non sempre i metodi sinora praticati ebbero a dare risultati funzionali perfetti in seguito alla formazione del callo fibroso ed alla conseguente diastasi dei monconi di frattura.

Asti, 6 novembre 1913.

CONFERENZE.

Sul valore da assegnarsi alla siero-diagnosi nella febbre mediterranea.

Contributo per il dott. NATALE SALVATORE
tenente medico M. T.

(Conferenza tenuta il 24 novembre 1913 nell'ospedale militare principale di Palermo).

Una quistione ancora dibattura, è quella che riguarda il tasso minimo al quale la siero-reazione agglutinante per il b. melitense debba ritenersi positiva.

Difatti, mentre alcuni (Wright, Zammit, Cippitelli, Trambusti, Donzello e molti altri) ritengono che la siero-reazione ottenuta al titolo 1 :30, 1 :40 minimo debba considerarsi come specifica, altri autori invece (Kolle, Missiroli, Ascoli, ecc.) ritengono che bisogna arrivare a titoli abbastanza elevati per poter ritenere positiva la reazione agglutinante, esistendo dei ceppi m. melitense i quali possono presentare, anche a titolo elevato, agglutinazioni con sieri non specifici e con sieri normali. Altri ancora (Konrik) negano ogni valore specifico alla sieroreazione, in quanto che avrebbero ritrovata la sieroreazione agglutinante positiva sino al titolo 1 :500 con siero di sangue normale e di individui affetti da altre malattie.

Data questa divergenza di vedute, non sono mancati i tentativi per cercare altri metodi di laboratorio capaci di poter rendere utile servizio nei casi in cui la sieroreazione

agglutinante dà risultati incerti, in considerazione ancora che l'emocultura non riesce positiva in tutti i casi e che la puntura della milza, dalla quale con maggiore facilità si ottengono reperti positivi, non è di facile applicazione pratica.

Sigre, Pulvirenti, Missiroli infatti hanno cercato di applicare il metodo della fissazione del complemento di Bordet e Gengou alla diagnosi della febbre mediterranea, però, a parte la considerazione che questo metodo è suscettibile di errori e richiede una tecnica rigorosa ed esatta, la quale solo in mano di esperti può dare risultati probativi, si è dovuto constatare, da ricerche comparative fatte colla sieroagglutinazione (Missiroli), che non è scevro degl'inconvenienti che si sono attribuiti alla reazione di Wright, essendosi riscontrati ceppi di m. melitense dotati di capacità fissatrice spiccata per gli anticorpi di III ordine, mentre se ne sono trovati degli altri che esplicano in grado assolutamente minimo tale proprietà.

Ecco perchè io, che mi sono da qualche tempo occupato con interesse dello studio di questa malattia, che come è noto è molto diffusa nei nostri paesi, mi son dovuto persuadere che la reazione agglutinante, applicata con determinate norme, rappresenta un metodo preziosissimo per la diagnosi della setticemia di Bruce e che anzi, senza tema di errare, è l'unico metodo su cui oggi ci si fonda per la diagnosi differenziale. Però è bene ricordare che la siero-reazione agglutinante non va mai giudicata isolatamente, bensì in rapporto col decorso clinico del processo infettivo.

***

Dalle mie osservazioni risulta che le agglutinine specifiche nella infezione Bruciana cominciano a comparire generalmente verso la fine della prima settimana e più propriamente al 5° giorno di malattia, persistono a lungo e si possono ancora riscontrare dopo un anno dall'infezione, però con tasso progressivamente più debole.

Il potere agglutinante del sangue degli ammalati di febbre mediterranea incomincia d'ordinario poco marcato (1 :30) e in linea generale, nelle infezioni lievi a decorso lento e che giungono a guarigione completa, il potere agglutinante arriva a riscontrarsi sempre più elevato (1 :1500-2000) che non nei casi gravi a decorso acuto (1 :300). Nei casi a decorso acutissimo la sieroreazione si riscontra quasi sempre negativa, o positiva in deboli diluizioni (1 :30) ed eccezionalmente mantiene un tasso più elevato.

Il potere agglutinante diviene più elevato col miglioramento della sintomatologia e lo avvicinarsi della convalescenza, mentre quando la malattia si aggrava e si avvicina l'esito letale, va sempre più degradando fino a scomparire del tutto.

Una nota caratteristica dell'infezione melitense è quella che i valori di agglutinazione possono oscillare moltissimo da un giorno all'altro (Trambusti, Cantani junior). Gli sbalzi relativi possono essere fortissimi in quanto che si hanno degli sbalzi che da 1 :300 vanno ad 1 :4000. Alle volte le oscillazioni sono così ampie da fare scomparire intieramente la reazione e farla comparire mentre era assente.

Rispetto poi alla importanza dei differenti campioni batterici, nella valutazione della sierodiagnosi, nella maggioranza dei casi, il siero agglutina più intensamente il campione batterico che si è ottenuto con l'emocultura dell'ammalato in esame.

Il grado di agglutinazione di ciascun campione batterico non si mostra fisso, subisce notevoli variazioni nei successivi passaggi, sia nei mezzi colturali, sia attraverso animali. Le culture vecchie, anche di qualche settimana, sono spesso autoagglutinabili e possono indurre a deplorevoli errori a cui probabilmente debbono ascriversi i risultati del Könrich e degli altri osservatori che attribuiscono tuttavia al siero normale alto potere agglutinante per gli agenti della febbre di Malta, senza escludere anche l'ipotesi che il siero ritenuto normale potesse appartenere ad individui che avevano sofferto in precedenza forme lievi di febbre mediterranea e che presentasse perciò potere agglutinante in atto.

Recentemente poi, Negre e Reynaud hanno riscontrato la presenza di bacilli paramelitensi, così detti perchè stanno al b. melitense come i paratifi stanno al tifo; dànno cioè una sintomatologia simile a quella del b. melitense ma il siero di sangue dei soggetti ammalati da paramelitense non agglutina il m. di Bruce.

Così pure è degno d'interesse il fatto osservato da Nicolle e Conor della trasformazione di un ceppo di melitense, isolato dal Bruce, in un ceppo di paramelitense dopo aver soggiornato qualche anno nei laboratori di Tunisi e di Algeri, ed in questo caso è

probabile che l'agglutinazione negativa con sintomatologia tipica deve far pensare a questa possibilità.

***

Tale differente comportamento del potere agglutinante del siero di ammalati d'infezione Bruciana e rispettivamente dei differenti ceppi di campioni batterici e di un ceppo stesso, giustificherebbero la proposta di alcuni autori di ritenere specifica quella agglutinazione ottenuta usando delle diluizioni di siero ad alto titolo (1 :200 Montefusco, 1 :500 Kolle, Ascoli), qualora nella diagnosi di febbre mediterranea ci attenessimo solo alla reazione di Wright per il solo m. melitense.

Tale criterio, a mio modo di vedere, non può reggere, quando la ricerca si estenda, come è doveroso fare, per essere scrupolosi, anche agli altri germi che possono dare delle sindromi cliniche simili alla febbre mediterranea ed è ottenuta entro certi limiti di diluizione del siero, entro certi limiti di tempo e con stipite noto, controllado sempre con siero normale.

Il limite minimo di 1 :40, basandoci sulla esperienza di laboratorio e sulle osservazioni numerose di altri (Wright, Durham, Zammit, Kretz, Birt, Cippitelli, Stefanelli, Trambusti, Donzello, ecc.), qualora la sierodiagnosi corrisponda ai suesposti postulati e si accordi anche ai sintomi clinici, può dare al reperto sierodiagnostico valore positivo assoluto ed indicarci che nel siero in esame è contenuta senza dubbio l'agglutinina specifica e che quindi l'organismo è stato affetto o ha in corso l'infezione melitense.

In linea generale dunque, la reazione positiva così ottenuta, vale ad assicurare la diagnosi nei casi sospetti, poichè l'anamnesi permette di attribuire il giusto valore ai reperti positivi che vanno riferiti ad una infezione pregressa.

È ovvio ancora notare come anche non devesi concedere valore negativo alla siero-reazione perchè negativa, massime nei primi giorni di malattia ed anche in periodi avanzati quando i sintomi clinici stanno a dimostrare per la loro gravezza l'esistenza della malattia (Trambusti). Converrà in tal caso ripetere la prova dopo un certo periodo di tempo in cui la formazione delle agglutinine dovrebbe verificarsi.

L'esperienza dell'osservatore provetto è sufficiente a far distinguere i casi dubbi, che fortunatamente costituiscono eccezioni, e spingerà questi ad avvalersi di ogni altra indagine necessaria per l'accertamento della specificità o meno della sieroreazione in esame, e se ragioni di lodevole prudenza consigliano a spingere la sierodiagnosi, in ogni caso, al tasso massimo raggiungibile ciò non può autorizzare (come ultimamente vorrebbe il Montefusco) a mettere in dubbio il valore diagnostico delle sieroreazioni pubblicate nei casi di febbre mediterranea finora studiati solo perchè i saggi agglutinanti non raggiunsero in alcuni di essi il tasso di 1 :200 essendo stata la specificità di tali reperti affermata oltre con l'attenta osservazione clinica anche con rigorose ricerche, che furono estese, con esito negativo, agli altri germi che possono dare delle sindromi cliniche simili alla febbre mediterranea, e già d'altra parte controllate con sieri normali.

***

A conforto delle suesposte considerazioni pubblico i risultati avuti in 80 sieroreazioni agglutinanti praticate nel R. Istituto di patologia generale di Palermo, su ammalati sospetti di febbre mediterranea, durante l'anno scolastico 1912-13.

I ceppi usati per la sieroreazione furono quelli di Pasteur, Krall, Nicolle, e di campioni prelevati con l'emocultura da ammalati di febbre mediterranea. Essi, dopo identificazione, sono stati mantenuti attivi con ripetuti passaggi sottodurali in conigli giovani.

Le culture adoperate per la emulsione batterica, non erano auto-agglutinabili e di età recentissima (culture di 24 ore) e per ogni sieroreazione furono adoperati sempre stipiti diversi controllati con siero normale e con siero di controllo ricavato da animali immunizzati con l'iniezione endovenosa di nucleoproteide.

La tecnica seguìta prevalentemente è stata la microscopica e per i risultati ci siamo attenuti a quelli avuti nel periodo di mezz'ora, per quanto, nei casi negativi, anche dopo sei ore non si è notata agglutinazione.

La sieroagglutinazione è stata sempre estesa ai germi del tifo, ai b. paratifi *A* e *B* ed al *b. coli*.

Per i dettagli di tecnica sulla preparazione dell'emulsione bacillare e per le diluizioni del siero ci siamo attenuti a quanto sta prescritto in tutti i trattati.

I risultati ottenuti si possono riassumere nel seguente quadro :

Siero di sangue di individui sospetti ammalati di infezione melitense	Gruppi	Risultati		Riassunto delle osservazioni
15	I Gruppo Sieroreazioni agglutinanti positive per il m. melitense	1:60	3	La sieroreazione fu sempre estesa ai germi del tifo, ai paratifi *A* e *B* ed al *b. coli*, e mai si ebbe agglutinazione positiva per questi altri germi ad un tasso superiore di 1:20 nè la sieroagglutinazione di controllo con siero ricavato da animali (conigli) immunizzati con iniezioni endovenose di nucleoproteide, diede esito positivo ed a tassi elevati variabili con i diversi stipiti da 1:1000 ad 1:5000.
		1:120	4	
		1:200	2	
		1:260	1	
		1:500	5	
10	II Gruppo Sieroreazioni agglutinanti positive per il b. tifo	1:100	1	La sieroagglutinazione per il m. melitense fu positiva al tasso massimo di 1:15. Il siero normale di controllo agglutinò il m. melitense al tasso massimo di 1:15, 1:25. Il siero di controllo ricavato da animali immunizzati con iniezioni endovenose di nucleoproteide, mantenne il valori di 1:1000 ad 1:5000 a seconda gli stipiti usati. Su 4 casi si osservò agglutinazione di gruppo con i paratifi *A* e *B* ed al tasso non superiore di 1:100-1:180.
		1:180	3	
		1:300	2	
		1:500	4	
8	III Gruppo Sieroreazioni agglutinanti positive per il b. paratifo *B*	1:80	1	Non si ebbe sieroreazione agglutinante per il m. melitense al tasso superiore di 1:20. Il siero normale di controllo agglutinò il m. melitense al tasso massimo di 1:15, 1:25 mentre il siero ricavato da animali immunizzati col nucleoproteide mantenne i valori di 1:1000 ad 1:5000 a seconda gli stipiti. In 3 casi si osservò agglutinazione di gruppo con il b. del tifo e con il paratifo *A* al tasso non superiore di 1:100 ed 1:180.
		1:160	3	
		1:500	2	
		1:1000	2	
11	IV Gruppo Sieroreazioni agglutinanti positive per il *b. coli*	1:25	4	Non si ebbe reazione sieroagglutinante per m. il melitense al tasso superiore di 1:20. Il siero normale di controllo agglutinò il m. melitense al tasso massimo di 1:15, 1:20, mentre il siero ricavato da animali immunizzati col nucleoproteide mantenne i valori di 1:1000 ad 1:5000 a seconda gli stipiti.
		1:50	3	
		1:100	1	
		1:120	3	
36	V Gruppo Sieroreazioni agglutinanti negative per tutti i germi in esame	..	36	Per 36 casi non si presentò agglutinazione positiva al tasso superiore di 1:20 per tutti i germi in esperimento, e nel mentre il siero normale di controllo agglutinò il m. melitense al tasso variabile di 1:15 ed 1:25 il siero normale ricavato da animali immunizzati col nucleoproteide conservò i valori di agglutinazione di 1:1000 ed 1:5000. È probabile trattarsi di casi di febbri anemiche, o pretubercolari, e di natura ignota nei quali per quanto clinicamente nessuna lesione organica è stata constatata all'epoca della febbricola simulante una febbre mediterranea, anche l'esame sierodiagnostico ha dato risultati negativi. Anzi in alcuni casi si è potuto avere la conferma che trattavasi di infezione da b. di Koch perchè la cutireazione ha dato risultato evidentemente positivo.
	Totale . . .	..	80	

Per i dati sopra riportati e conformi alle osservazioni sperimentali e cliniche comunicate dal Cippitelli, dallo Stefanelli in ispecie e da molti altri ancora, mi credo autorizzato a ritenere specifica la sieroagglutinazione per la diagnosi della febbre mediterranea al tasso minimo di 1 :40 qualora la sieroagglutinazione venga condotta colle norme sopra cennate ed estesa anche agli altri germi che possono dare sindromi similari alla infezione maltese. Con ciò non si esclude naturalmente di portare la prova a titoli il più possibile elevati a maggiore conforto dell'esame diagnostico.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia delle Scienze di Bologna.

Comunicazioni di interesse medico-chirurgico.
Anno accademico 1912–913.

Prof. comm. **G. Ruggi** (direttore R. Clinica chirurgica). *Speciale processo di plastica per la glabella e radice del naso.* — Riferisce due casi, nei quali la necessità delle condizioni dei malati gli suggerì un particolare procedimento meritevole di molta considerazione. Illustra il suo dire con numerose fotografie. Il secondo caso era nella persona di uomo di 60 anni affetto da cancroide alla parte mediana del dorso del naso e già operato due volte nello spazio di due anni dall'O. medesimo. Essendosi il processo maligno ripetuto per la terza volta il paziente ricorse ancora all'opera del prof. Ruggi. Ed allora appunto l'operazione venne eseguita con un processo speciale. Essendo malagevole riassumere la descrizione di tale intervento, riferiremo quasi integro il primo caso. E ciò per mancanza di spazio.

Si tratta di una contadina di 68 anni, da cinque mesi operata altrove per l'asportazione di un cancroide alla regione frontale e glabella del naso. Il tumore si riprodusse e l'inferma volle entrare nella Clinica il 28 novembre 1912. L'ulcerazione era nel mezzo della fronte, nella parte inferiore, con invasione nella radice del naso, e le parti infiltrate si estendevano a destra fino all'angolo interno dell'occhio. La massa neoplastica inoltre era fortemente aderente al sottostante osso, per guisa che nessun spostamento era possibile nelle parti cutanee periferiche alla lesione morbosa. Il 2 marzo 1912 l'A. asportò tutta la parte ammalata, avendola in antecedenza perifericamente circoscritta mediante una incisione circolare alquanto più estesa e discendente a destra, allo scopo di togliere l'infiltrazione esistente nella palpebra superiore al lato interno dell'occhio. Fatto questo per riparare alla perdita di sostanza, l'A. pensò servirsi di due lembi scolpiti sulle guancie, l'uno un po' più esteso, a destra, l'altro meno, a sinistra, ma di dimensioni convenienti, per modo che, sollevati e ruotati, potessero venire applicati sulla soluzione di continuo di recente fatta. Pochi punti dati con seta sottile furono posti sulle parti, ed un piccolo drenaggio in corrispondenza della radice del naso, che venne tolto dopo due giorni. Al settimo giorno si levarono i punti: la guarigione avvenne per prima, e nessun tratto di cute cadde in mortificazione. Sulle guancie, com'era naturale, le parti furono avvicinate con punti dati con fili di seta. La cosmesi per questa asportazione di tessuti aveva guadagnato, perchè, essendo bilaterale, anche le guancie si mostrarono, dopo l'operazione, meno cadenti. L'inferma lasciò l'ospedale al 10° giorno dall'operazione, in condizioni ottime.

Prof. **G. Valenti** (direttore R. Istituto anatomico). *Sopra un caso di pseudoermafroditismo femminile esterno* (Klebs). — Essendo venuto a morte in Bologna un individuo che presentavasi al pubblico come uomo-donna ed avendo potuto il disserente studiarne il cadavere, ne fa oggetto di relazione. Si tratta di quell'individuo a nome Virginia Mauri, nato in Roma nel 1859 e soprannominato Zepthe Akaire, descritto per la prima volta da A. Filippi nel 1881 e poi da altri, e giudicato di massima importanza per la medicina legale.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA CHIMICA.

La reazione urinaria di Moriz-Weis.

Se si aggiungono ad un'urina diluita con 2/3 d'acqua, poche gocce d'una soluzione di permanganato 1:1000, la soluzione diviene d'un colorito giallo oro se la reazione di Moriz-Weis è positiva.

A tale reazione è stato attribuito un certo valore diagnostico e pronostico nell'esame della tubercolosi polmonare: essa sarebbe stata più frequentemente ritrovata nei tubercolosi polmonari e specialmente nelle forme gravi. (Confronti il lettore lo studio diligente da noi pubblicato nel n. 49).

Laignel-Lavastine e Grandjean hanno voluto controllare il valore clinico della reazione: essi comunicano alla *Societé médic. des hôpitaux* nella seduta del 27 giugno, che nei tubercolosi cavitarî la reazione è sempre positiva, nei tubercolosi all'inizio la reazione è negativa; che quando sia presente in un caso di tubercolosi polmonare essa ha quindi pronostico grave. Però mentre nella pleurite è negativa, si mostra positiva nella polmonite.

Merklen aggiunge che la reazione può ritrovarsi positiva nel tifo e in alcune infezioni acute.

Dupur ha comunicato nella stessa seduta che la reazione può essere positiva nelle urine di ndividuo sano: qualsiasi valore diagnostico deve quindi essere negato alla nuova reazione; lo studio si dovrà allargare circa il valore pronostico nei casi di tubercolosi accertata.

t. p.

Su un nuovo metodo di dosamento degli zuccheri.

Nello scorso anno, il dott. L. Borelli, per il dosaggio del glucosio ha proposto un metodo, poggiato sullo scoloramento di un reattivo, che si compone di solfato di rame (gr. 65.85 su mille di acqua), di rodanato di potassio e di carbonati alcalini (rodanato gr. 300, carbonato sodico anidro gr. 150, bicarbonato sodico gr. 35, acqua distillata q b. per mille cmc.).

Giovanni Jovine, nella Clin. Med. di Camerino, ha verificato che questo nuovo metodo risponde alle esigenze della pratica, purchè il reattivo si prepari estemporaneamente, volta per volta, e purchè (precauzione ancora più importante) la urina da esaminare venga artificialmente privata degli urati mercè l'addizione di una soluzione acquosa di acetato neutro di piombo al 15 o 20 % e lo eccesso del sale di piombo venga eliminato mercè una soluzione acquosa satura di carbonato sodico. Secondo i risultati dell'A., questo trattamento preliminare della urina, mentre elimina sicuramente gli urati, non precipita il glucosio, anche se presente nella proporzione di uno su diecimila.

Il previo scoloramento della urina con carbone animale non riesce ad impedire che il reattivo rodanico nel perdere il colorito azzurro assuma un colorito alquanto gialletto quando il saggio della reazione è positivo.

Però, questo colorito gialletto spicca nettamente rispetto al bleu, quando questo scompare durante l'evoluzione della reazione, onde l'A. ritiene che quel colorito gialletto non costituisce un inconveniente nell'attuazione del metodo.

(*Il Tommasi*, 1913, n. 14).

Sull'applicazione dell'acido cloridrico con percloruro di ferro per la ricerca delle biline e dei pigmenti biliari nelle fecce.

Al principio del 1913, Grigaut ha proposto un metodo speciale per la ricerca dello sterco-bilinogeno e della stercobilina in contrapposto ai pigmenti biliari nelle fecce. All'uopo, le fecce da esaminare si diluiscono con acqua bollente, indi si mescolano in un tubo da saggio, che contenga acido cloridrico puro e percloruro di ferro molto diluito.

Qualora le fecce contengano soltanto biline, il saggio assume una colorazione rosea o rosso-brunastra.

Qualora siano presenti anche i pigmenti biliari, specialmente la bilirubina, allora il saggio assume un colorito verde.

Poichè su questa reazione non esistevano ricerche di controllo, per lo meno in Italia, Giovanni Jovine (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1913, n. 103) nella clinica medica di Camerino l'ha sottoposta a verifiche numerose.

Da esse risulta che il nuovo saggio di Grigaut è superiore al già noto saggio di Schmidt e Strasburger (sublimato corrosivo e cloruro di sodio).

La superiorità è rappresentata tanto dalla rapidità e intensità della reazione, quanto dalla semplicità della tecnica.

CASISTICA.

Sulle affezioni vescicali provocate in piccole bambine da corpi estranei finora non osservati.

Abels (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1912, n. 46), nel settembre 1909 ebbe in cura una bambina di 17 mesi, la quale ammalò con sintomi di cistite; all'inizio della malattia si manifestò più volte iscuria. Una anamnesi accurata accertò più tardi che, due settimane prima dell'inizio della malattia, tornando dal soggiorno in campagna, la bambina aveva accusato bruciore e dolore ai genitali, specie nella posizione seduta. Malgrado una cura medicamentosa e malgrado ripetute lavande vescicali la malattia non migliorava; quando ad un tratto la bambina emise un capello di donna lungo almeno 25 cm. Nei giorni seguenti furono riscontrate nelle urine piccole particelle che, esaminate al microscopio, mostrarono fibre di lino, di cotone, di lana incolori o anche colorate; verosimilmente si trattava di pezzetti di carta straccia. La emissione di tali particelle, derivanti da corpi estranei, continuò per molto tempo, anche quando già i sintomi morbosi si erano andati attenuando. Data l'età della bambina si può escludere che questa abbia da sè stessa introdotto il corpo estraneo in vescica. Circostanze esteriori impedirono una inchiesta giudiziaria intorno alla persona colpevole; ma con ogni verosimiglianza questa era stata una cameriera a servizio di altra famiglia cui la bambina venne affidata per poche ore e che fu più tardi licenziata perchè masturbava un fanciullo che essa aveva incarico di sorvegliare. Sembra che questa cameriera fosse isterica; non è possibile stabilire se il movente della sua azione sia stato un pervertimento sessuale o piuttosto un senso di rancore verso la bambina, la cui floridezza faceva risaltare le condizioni fisiche scadenti del fanciullo a lei abitualmente affidato. Probabilmente il corpo estraneo da lei introdotto fu un rotolo di carta straccia avvolto da un capello come da un filo. È da ritenere che, nei primi tempi, l'estremo inferiore del rotolo fosse ancora nell'uretra, donde il dolore (specie nella posizione seduta) e l'iscuria; solo più tardi, e precisamente in seguito alla introduzione di cateteri a scopo terapeutico, il corpo estraneo fu spinto in vescica.

Recentemente l'A. ha avuto occasione di osservare un altro caso, il quale presenta con il precedente una grande analogia; anzi, assicura l'A., senza la conoscenza del primo caso egli non avrebbe probabilmente diagnosticato esattamente il secondo. Si trattava di una florida bambina di 9 mesi, in cui fu riscontrato deperimento organico, senza che l'esame obbiettivo facesse rilevare alcun segno di malattia. La madre della bambina fece osservare, qualche giorno dopo, che l'orina appariva torbida, come se avesse contenuto in sospensione una sostanza biancastra. L'esame microscopico dell'orina fece riconoscere la presenza di granuli di amido; e l'A. ritenne che fosse accidentalmente caduto nell'orina un poco di quelle polveri che si applicano, nei bambini, fra le pieghe cutanee. Le condizioni della piccola inferma migliorarono spontaneamente; tuttavia qualche settimana dopo la madre informò il medico che la bambina orinava con molta frequenza; e un nuovo esame microscopico fece rilevare, oltre ai segni caratteristici di una lieve cistite, la presenza di numerose fibre, uguali a quelle descritte nel caso precedente. Degno di nota è che, pochi giorni prima del comparire dei fenomeni suddescritti era stata licenziata una bambinaia isterica e maligna. Fu verosimilmente costei la quale aveva introdotto nell'uretra della bambina un rotolo di carta che, a giudicare dalla grande quantità di amido riscontrato nelle orine doveva essere stato imbevuto di salda di amido, allo scopo di renderlo più resistente.

L'A. fa rilevare come questi casi, nuovi nella letteratura, abbiano grande importanza medica e medico-legale. Non è inoltre escluso che tali manipulazioni su piccole bambine abbiano luogo più frequentemente di quanto oggi venga ritenuto; sicchè è consigliabile non dimenticare questa possibilità.

V. FORLÌ

L'esame delle urine nella blenorragia acuta e cronica.

Pickin (*The Lancet*, 1913, n. 11) riunisce in due quadri molto semplici e chiari gli insegnamenti dell'esame delle urine nella blenorragia.

Nei casi acuti il paziente urina in due bicchieri:

1° bicchiere	2° bicchiere	Conclusioni
Torbida . .	Chiara	Uretrite anteriore acuta.
Id. . . .	Torbida; ma si rischiara, se trattata con acido acetico	Uretrite anteriore acuta e fosfaturia.
Id. . . .	Meno torbida del 1° bicchiere, non si rischiara con l'acido acetico	Uretrite acuta anteriore e posteriore.
Id. . . .	Torbida come od anche più del primo bicchiere	Uretrite acuta anteriore e posteriore e cistite.

Nei casi di uretrite cronica, si lava prima con una soluzione di acqua borica l'uretra anteriore

e si raccoglie in un primo bicchiere il prodotto di questo lavaggio dell' uretra; dopo il paziente urinerà in altri due bicchieri:

Acqua di lavaggio 1° bicchiere	Urina 2° bicchiere	Urina 3° bicchiere	Conclusioni
Torbida . . .	Torbida o con sedimento	Chiara o leggermente torbida	Uretrite anteriore e posteriore. Vescica libera.
Id. . . .	Torbida	Torbida (non si rischiara con l'acido acetico)	Uretrite anteriore e posteriore. Possibilità d'infezione mista.
Id. . . .	Torbida (in parte si rischiara con ac. acetico)	Torbida (si rischiara con ac. acetico)	Uretrite anteriore e posteriore. e fosfaturia.
Torbida o con filamenti	Chiara, senza filamenti	Chiara	Uretrite anteriore, possibile restringimento uretrale.
Torbida o con filamenti	Torbida o chiara con filamenti	Id.	Uretrite anteriore e posteriore.
Chiara, senza filamenti	Torbida o chiara, con filamenti	Id.	Uretrite posteriore: esaminare la prostata.
Torbida, con filamenti	Torbida, con filamenti	Meno torbida, ma pochi filamenti	Uretrite posteriore ed anteriore. Vedere se esiste infez. mista.

P. S.

Rapporti etiologici fra fimosi e affezioni renali.

Heinrichsdorf riferisce quattro casi di giovanetti dagli 11 ai 15 anni affetti da idronefrosi ed uremia, con esito letale: alla necroscopia si riscontrò dilatazione considerevole delle vie urinarie e nefrite atrofica. Causa iniziale di queste lesioni era stata la fimosi. Un altro caso consimile è stato raccolto dal Pauzat nel 1893.

Per lo stato fimotico del prepuzio, si hanno facilmente manifestazioni flogistiche che stenosano temporaneamente e ripetutamente l'orifizio prepuziale e l'orifizio uretrale: la balonopustite recidivante è causa della stasi urinaria con tutte le conseguenze flogistiche delle vie urinarie.

La dilatazione delle vie urinarie che ne consegue è molto lenta ed insidiosa: i bambini di quando in quando accusano lievi difficoltà nella minzione: i parenti non vi prestano attenzione.

I primi fenomeni che si impongono sono i sintomi d'insufficienza renale, che precedono di poco la morte. Delle volte l'infezione ascendente delle vie urinarie affretta la manifestazione clinica della malattia.

In questi casi la circoncisione fu seguita subito da morte perchè fu praticata ad uremia conclamata. L'autore però resta favorevole a questo intervento, che può essere utile se le lesioni renali non sono molto avanzate. Per lo stato del rene bisogna astenersi dall'anestesia generale.

(*Mittheilungen aus den Grenzg. d. Med. u. Chirurgie*, t. XXIV). *P. S.*

TERAPIA.

La terapia iodica della febbre tifoide.

La terapia iodica del tifo è molto semplice e realmente efficace. Essa è stata più volte sperimentata. Bidault, Carles, Arnozan, ecc., con recenti ricerche ne hanno precisato la tecnica e l'uso, riuscendo ad eliminare gli inconvenienti proprii dei metodi antichi.

In tutti i casi nei quali l'idroterapia è difficile, mal sopportata, non efficace nei risultati, lo iodio costituisce una risorsa terapeutica di uso facile, molto efficace per l'abbassamento della temperatura, e sembra anche diminuisca la durata e la gravità dell'infezione.

Bidault ha consigliato le soluzioni seguenti per gli adulti, che si possono diluire più o meno per i fanciulli:

Iodio. . . . . gr 0.10
Ioduro di potassio . . . » 0.50
Acqua dist. bollita . . . » 2.00

Per bocca, egli somministra 6 cucchiai da zuppa al giorno, uno ogni due ore, lasciando riposare la notte.

Ogni cucchiaiata è presa in un bicchiere d'acqua pura o zuccherata.

Per clistere egli prescrive due volte al giorno, mattina e sera, la soluzione seguente:

Iodio . . . . gr. 0 05
Ioduro potassico . . . . » 0.20
Acqua dist. bollita . . . » 1.50

Mandando lentamente e profondamente con una cannula lunga 25 centimetri, il paziente la sopporta molto bene (previo clistere evacuativo).

Non bisogna aggiungere mai dell'alcool nella soluzione, perchè esso costituisce una delle principali cause d'intolleranza.

In un primo periodo, per debellare l'infezione, si somministra contemporaneamente per via orale e rettale.

Quando il paziente comincia a migliorare si somministra una metà dose e si fa un solo clistere al giorno, e poi a giorni alterni. Così si andrà diminuendo la dose dello iodio per bocca, ma si continuerà a darlo per tre settimane.

I clisteri abbassano la temperatura da 3 a 7 decimi in media, con la regolarità del bagno freddo.

Nelle forme leggiere e di media gravità, l'azione dello iodio sulla temperatura è più rapida ed intensa.

L'odore fetido delle feci si modifica subito dopo la prima lavanda rettale, la diarrea cessa.

Nelle forme più gravi è anche manifesta l'efficacia di questa terapia: la diuresi si fa più abbondante, scompare l'albuminuria, il sensorio si risveglia. Se si riesce ad evitare le complicazioni, la convalescenza è rapida: alla quarta settimana in genere il paziente riacquista le sue forze.

Sette malati trattati esclusivamente con questo metodo son guariti tutti senza complicazioni e senza ricadute. Un caso di questi era in condizioni disperate.

Lo iodio fu somministrato un po' tardivamente, solo quando fu accertata la diagnosi. Se la diagnosi può essere più precoce, i risultati sono più pronti e forse anche abortivi.

Per il potere disinfettante dello iodio, Bidault segnala parecchi fatti degni di considerazione nella pratica. Nelle autopsie o nella medicatura di piaghe putride, l'azione antiputrida dell'acqua iodata è eccellente e veramente superiore a quella d'ogni altra sostanza. L'A. consiglia di insaponarsi le mani con l'acqua iodata (una cucchiaiata di tintura di iodio in un litro d'acqua), e poi tenere le mani in bagno nella stessa soluzione per pochi minuti. L'utilità del iodio e le sue numerose applicazioni in chirurgia sono fatti molto noti.

Arnozan e Carles hanno adottato una tecnica differente. Somministrano tutti i giorni da X a XXV gocce di tintura di iodio nel latte o nel vino di Malaga. Essi però non si limitano esclusivamente a questa cura: si giovano, a seconda dei casi, dell'olio canforato, della stricnina, delle lozioni e bagni freddi. La loro statistica di 44 casi è molto favorevole: hanno avuto 40 guarigioni, con una percentuale quasi identica a quella del 90 % ottenuta dal Raynaud, uno dei primi e più ardenti promotori di questa terapia. I quattro decessi furono dovuti rispettivamente a perforazione intestinale tre giorni dopo l'inizio della cura, a paresi ed ostruzione intestinale, o ad alimentazione precoce e poco adatta, ad intolleranza assoluta dello stomaco allo iodio. Le ricadute furono rare e non gravi.

L'influenza di questo metodo di cura sulla durata della malattia risulta veramente indiscutibile.

Questo metodo, già esperimentato con successo molte volte, merita, dice il Plique (*Le Bulletin médical*, 20 settembre 1913), di entrare nella pratica.

P. S.

Sul trattamento delle infezioni con estratti digeriti di batterii.

Hierschfelder (*The Journal of the Amer. medic. Ass.*, aprile 1913) trattando le cavie con un estratto di pneumococchi vivi, ottenuto con la digestione in una soluzione alcalina di pancreatina, ha dimostrato la produzione di un'immunità attiva e passiva verso i pneumococchi. Il trattamento della pulmonite con lo stesso estratto diede risultati favorevoli, e la crisi comparve nella maggior parte dei casi 24 ore dopo la prima iniezione.

Per il trattamento della gonorrea fu adoperato un estratto ottenuto con lo stesso procedimento; una sospensione di gonococchi fu riscaldata a 38° ed aggiunta ad uguali quantità di soluzioni di pancreatina e bicarbonato sodico al 2 %, la miscela fu mantenuta per 15 minuti alla temperatura di 38°, acidificata con acido cloridrico, e filtrata attraverso il filtro Pasteur.

In seguito alla iniezione di 5 cmc. del liquido così ottenuto si ha una breve reazione con brivido e febbre; con ulteriori iniezioni la sensibilità dell'organismo diminuisce fino a scomparire.

Nella gonorrea acuta e cronica dell'uomo i risultati non furono evidenti, all'incontro nella gonorrea dell'apparato genitale della donna si ottennero soddisfacenti risultati, ed in dieci casi i gonococchi scomparvero dalla secrezione già dopo la prima iniezione. In questi casi fu anche adoperato il trattamento locale, per modo che solo in un caso di gonorrea femminile si ottenne la scomparsa del gonococco per la esclusiva iniezione di estratto di gonococchi.

Risultati molto buoni si ottennero nelle complicazioni della gonorrea; in sette casi di epididimite gonococcica cinque guarirono rapidamente, in sette casi di artrite gonococcica il risultato fu sempre favorevole.

In tre casi di tifo addominale un estratto di bacilli Erberthiani fu adoperato con buon risultato e si potette constatare un considerevole aumento del potere agglutinante.

In due casi di reumatismo articolare un estratto di streptococchi dell'endocardite produsse sensibile miglioramento.

DRAGOTTI.

Iniezioni endovenose di siero umano normale in casi di setticoemia.

Bennecke (*Münch. Med. Woch.*, 2 sett. 1913) ha ottenuto 3 guarigioni su 5 setticoemici gravi curati col siero normale umano, previo salasso di 200-400 gr.

Il siero fu iniettato alla stessa dose (200-400 cmc.) e fu prelevato da individui sani, ottenuto per centrifugazione e conservato in termostato alla temperatura del corpo.

All'autopsia dei due malati morti non si trovò traccia di emolisi; uno di essi ebbe una polmonite terminale.

Quattro dei cinque malati erano scarlattinosi con gravissima intossicazione: il salasso diede fuoriuscita di sangue nero, spesso; mentre si procedeva all'introduzione del siero umano, il sangue del salasso divenne più rutilante e più fluido, il polso più valido, l'esantema scarlattinoso, rosso scuro livido, divenne francamente scarlatto.

t. p.

Il siero antidifterico per via endovenosa.

Beyer (*Münch. med. Woch.*, 26 agosto 1913) ha tentato di dilucidare nella Clinica di Rostock il problema se il siero antidifterico, usato per via endovenosa, è clinicamente assai più efficace che adoperato per via sottocutanea.

L'esperienza presentava molte difficoltà legate alla varia gravità delle epidemie e alla variabilità stessa dei casi; i casi furono scelti in tal maniera da facilitare il paragone, e le dosi per via sottocutanea furono doppie di quelle iniettate direttamente nel circolo.

Rispetto alla curva termica se i difterici erano trattati al secondo giorno dell'invasione difterica la febbre poteva scomparire anche il giorno dopo dell'iniezione endovenosa (5 casi su 14). Col metodo intramuscolare tale vantaggio non si è mai riusciti ad ottenere.

Se la terapia interviene al 3°-4° giorno, i risultati rispetto alla temperatura non si differenziano coi due metodi.

Rispetto alla detersione del faringe con l'iniezione endovenosa, su 28 casi, 13 si presentavuno al terzo giorno col faringe libero, 7 su 28 seguendo la via sottocutanea.

Minime le differenze in casi assai lenti a guarire. Fenomeni serici (urticaria) due volte con l'iniezione endovenosa. Il rene rimase sempre integro malgrado delle forti dosi e dell'acido fenico contenuto nel siero terapeutico.

t. p.

Terapia dell'angina ulcero-membranosa di Vincent.

Recentemente sono state raccomandate le applicazioni locali di bleu di metilene in polvere, e le applicazioni di salvarsan in polvere. Quest'ultimo metodo ha dato i risultati migliori e molto spesso dà la guarigione dell'ulcerazione dell'angina di Vincent. Ch. Clyde Sutter (*Medical Record*, 8 marzo 1913) consiglia di lavare l'ulcerazione con acqua ossigenata pura o allungata della metà per detergere i prodotti necrotici, e quindi applicare o una soluzione di solfato di rame al 10 % seguita da polverizzazione di clorato di potassio, oppure applicare direttamente la tintura di iodio che è sempre il medicamento più attivo.

Per l'igiene della bocca si prescriva un gargarismo di clorato potassico. Il dolore può essere calmato con applicazioni di ortoformio. Per impedire il contagio, è necessario sterilizzare le posate, ecc., e disinfettare i prodotti di secrezione.

P. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(207) *Chinina-uretano per iniezioni.* — Dalla Posta degli abbonati (della quale mi compiaccio non solamente perchè l'ho ideata io, ma essenzialmente perchè è venuta ad essere una vera miniera di cognizioni eclettiche per chiunque la legga.... A proposito: non converrebbe a fin d'anno fare l'indice degli argomenti trattati ?) desidererei risposta a questo quesito:

Quale intento ha l'uretano associato al chinino per iniezioni ? Si possono, le fiale di chinino con uretano poste in commercio dalla Privativa di Stato, usare senz'altro per iniezioni endovenose ? E siccome spessissimo se ne trovano certune il cui contenuto presenta un colore lievemente verdognolo, ci si può fidare anche di quelle, o il colorito abnorme vuol dire alterazione ?

Dott. Pietro Pilato.
Trino Vercellese abb. 6217.

L'uretano etilico si aggiunge al cloridrato basico di chinina per aumentarne la solubilità. Sono state eseguite esperienze di iniezioni endovenose di cloridrato di chinina ed uretano, ma all'estero e con soluzioni preparate dagli autori stessi. È da persona prudente non adoperare le soluzioni che si sono un poco colorate.

Gli argomenti principali della « Posta degli abbonati » verranno inclusi nell'indice delle materie.

B.

(208) *Vaccino antigonococcico.* — Sarei grato se mi dicesse nella Posta degli abbonati se Nicolle e Blaizot hanno messo in vendita il loro vaccino antigonococcico, in caso positivo dove potrei rivolgermi. In pari tempo il proprio parere in riguardo.

Dott. Aurelio Congiu Bono
abbonato n. 8873.

Non ci risulta che gli autori abbiano messo in vendita il loro vaccino. Il nostro molto prudente parere, quando si tratti di vaccini, è che si debba

usarne con una certa fiducia, ma non senza circospezione e senza soverchio aprioristico ottimismo. Abbiamo esperienza di altri vaccini antigonococcici e buoni risultati; non conosciamo quello di Nicolle e Blaizot, che *pare* superi gli altri.

P. S.

(209) *Affezione paralitica in bambino; cura.* — Prego V. S. farmi rispondere nella Posta degli abbonati del prossimo numero alla seguente domanda:

Allo stato attuale della scienza medica, quali sono i moderni e più efficaci metodi di cura per la *paralisi spinale infantile*, con consecutiva atrofia completa di tutti i muscoli dell'organismo, con perdita involontaria e continua dell'urina e delle feci. Il caso da me tenuto in cura, data da un mese; il bambino dopo il 1° settenario di febbre tifoidea, fu colpito da collasso. Indi divenne afasico e si manifestò la lesione nel midollo spinale.

Con ogni stima.

Dott. Giuseppe Sapienza.
Santa Cristina Gela (Palermo).

L'essersi la paralisi manifestata durante il decorso del tifo fa pensare che non si tratti di una «paralisi spinale infantile» (malattia a sè, oggi ritenuta di natura infettiva) ma di una complicazione del tifo non rara a riscontrarsi, e determinata da lesioni causate dalla tossina del tifo sia sui nervi periferici che sul sistema nervoso centrale (nevriti, processi degenerativi infiammatori, ecc.). L'afasia si manifesta piuttosto frequentemente nei bambini durante il decorso del tifo e per lo più guarisce spontaneamente e completamente in tempo più o meno lungo. Anche le paralisi o le paresi consecutive a tifo guariscono in genere spontaneamente. Solo dopo un periodo di circa 12-14 giorni se non si nota miglioramento si deve incominciare la cura elettrica dapprima con correnti molto deboli, e poi pian piano più forti. L'applicazione dapprima si farà a giorni alterni, poi tutti i giorni per un periodo da 5 a 10 minuti al più.

Molto utile è il massaggio sistematico degli arti colpiti.

M. F.

(210) *Corsi d'igiene per ufficiale sanitario.* — Il dott. Tentoni Enrico di Mondaino (Forlì) scrive:

I corsi d'igiene per gli ufficiali sanitari dove e quando si terranno in quest'anno?

Un testo buono per prepararsi qual'è?

Le sarei grato se vorrà rispondere.

Corsi di perfezionamento in igiene per i laureati si tengono in quasi tutti gl'Istituti d'igiene universitari. Ogni Istituto annunzia in tempo utile, su per i giornali medici, la data d'inizio del corso, la durata di questo e le condizioni d'inscrizione. Siccome le date d'inizio e le durate del corso sono diverse nelle varie Università, è bene rivolgersi per avere gli schiarimenti necessari al segretario dell'Università o al direttore dell'Istituto dove si intende di fare il corso. A Roma il corso si apre il giorno 11 gennaio, e dura due mesi.

I testi di studio per una buona preparazione sono il *Manuale dell'igienista*, di A. Celli (Unione Torinese); il *Manuale d'igiene*, di V. De Giaxa (F. Vallardi); il *Trattato d'igiene e di sanità pubblica*, di L. Pagliani.

D.

(211) Desidererei che Ella fosse tanto gentile da indicarmi un trattato, *non molto voluminoso* però, riguardante l'ufficiale sanitario. Desidererei che vi fosse trattato delle norme sulle esumazioni dei cadaveri.

Grazie. Distinti saluti.

Dott. Sandro Sozzi.

Delle norme desiderate si trovano, in breve compendio, nei manuali e trattati d'igiene (confrontare risposta precedente).

Il Lion, nella sua «Ingegneria legale per tecnici e giuristi» dedica un capitolo ai Cimiteri, dal quale si possono apprendere le regole pratiche e le prescrizioni regolamentari sulle operazioni mortuarie. Il volumetto fa parte dei Manuali Hoepli.

D.

(212). Abbiamo in italiano un buon libro di Storia della Medicina?

Castelleone.

Abbonato 2731.

No, in Italia, così ricca di gloriose tradizioni mediche e biologiche, non esiste un buon libro recente di storia della medicina.

Gli ultimi trattati sull'argomento sono quelli, ormai classici, del De Renzi e del Puccinotti; mentre in Germania e in Francia ne furono pubblicati or non è molto.

Auguriamo alla nostra coltura, che dal movimento intellettuale che innegabilmente anche da noi spinge alcuni medici a coltivare con amore la storia della propria arte, esca questo libro nazionale di cui è così sentita la privazione.

gb.

Pubblicheremo prossimamente:

Mingazzini, Cefalea essenziale - Puntura lombare - Guarigione;

Longo, Intorno all'azione del cloruro di sodio sui reni normali e patologici.

VARIA

La psiche di Benvenuto Cellini. — Confesso di avere aperto il libro del dottor Francesco Querenghi, edito a Bergamo (1913) con la consueta signorilità di tipi e di illustrazioni dall'Istituto italiano di arti grafiche, con una qualche diffidenza. Temevo di trovare una di quelle monografie pseudoscientifiche, del genere delle critiche letterarie dettate dai discepoli più o meno autorizzati e degeneri della scuola lombrosiana, che ad esempio turbarono le serene onoranze centenarie del Leopardi, nelle quali allo studio della personalità e della poesia del recanatese venne applicato un gergo antropologico positivista...

Ma, con eguale candore, confesso che subito mi sono dovuto ricredere. La monografia del Querenghi — di cui la nostra stampa periodica non vedo si sia occupata, mentre ne parla favorevolmente *The Lancet* del 5 aprile, — corre piana e pur documentata, senza soverchie pretese di simboli verbali e dottrinali.

Lo studio di quel guazzabuglio di nobili ed ignobili qualità, che fu l'anima di Benvenuto, aveva già attirato l'attenzione, oltre che dei letterati di professione, degli alienisti. Paul Courbon fu il primo a condurre uno studio metodico sulla psiche del Cellini nel senso d'indagarne le condizioni patologiche; e ne concludeva:

1. Cellini nacque da una famiglia nella quale si è notata l'esistenza del temperamento nervoso; di più, i suoi genitori erano già avanti nell'età, quando lo generarono.

2. Le diverse infezioni — malaria, sifilide, peste — da cui fu affetto, non fecero che esagerare in lui la predisposizione morbosa, che egli aveva ereditato.

3. Per tutta la sua vita fu uno squilibrato, come lo provano gli impulsi criminosi (egli confessa tre assassinî), le ossessioni, le fughe, l'assenza di senso morale, le idee di persecuzione e di grandezza, l'idea fissa di una fiamma celeste accesa sulla fronte della divinità, le perversioni sessuali che egli presentò (negate tuttavia dal Querenghi). Senza giungere sino alla demenza, l'incoerenza dei suoi ultimi anni fu tale che un biografo potè dire di lui che aveva « perduta la testa ».

4. Ogni scossa della sua esistenza — malattie, prigionia, eccesso di lavoro — si accompagnò ad accessi deliranti o ad allucinazioni oniriche; queste ultime con i caratteri indicati da Regis nei degenerati.

5. Tutte le dette stigmate, di cui ognuna isolata ha scarso valore, riunite in fascio costituiscono una sindrome nettamente descritta dal Magnan e permettono di considerare nel Cellini il *tipo mentale del degenerato*.

Il Querenghi adunque non vuole investigare la patologia vera e propria della psiche del Cellini, ma solo quale fu e come funzionò la parte in sembianza sana di essa e quale influenza abbia avuto su di essa la parte malata. Difficile compito è seguire l'A. in questa disamina, confortata di quando in quando dalla viva voce dell'orafo fiorentino, cioè da brani di quella indimenticabile autobiografia. Dovremo così limitarci a enumerare le deficienze notate dell'A.: Cellini fu un cattivo amministratore, non seppe ben condurre gli affari suoi, in ciò che ne riguarda la buona regola e il conseguente utile; fece di tutto anche per alienarsi l'animo dei potenti e delle loro donne, e in genere di tutti coloro che gli avrebbero potuto giovare in un modo o in un altro.

Una delle maggiori deficienze della psiche del Cellini è quella del senso psicologico. Ogni uomo sa tornare sui propri pensamenti, analizzarli, spiegarli a sè e agli altri, come pure è capace di intuire l'altrui psiche: ora, in tutta la *Vita* e nemmeno nei due trattati dell'oreficeria e della scultura, invano si cerca un'espressione, a mezzo della quale egli tenti di rendere partecipe il lettore del suo lavoro psico-artistico. Benvenuto parla sempre delle difficoltà tecniche e manuali: infatti con l'arte sua non seppe rendere i sentimenti e le umane passioni, abilità che non apprezzò neppure nell'arte di Michelangelo e di Donatello.

Altra facoltà negativa del Cellini fu quella dell'affetto verso le donne: egli ebbe degli amorazzi, non degli amori, considerando la donna solo come strumento dell'arte sua e del suo piacere carnale. Che diremo poi delle sue vendette, sovente plebee, e più spesso ancora assolutamente ingiustificate? Baretti a ragione lo disse « Vendicativo come una vipera ».

A chiunque infine legga con tranquilla mente la *Vita* e non si lasci troppo avvincere dal narratore, non riuscirà difficile convincersi che tutta la vita del Cellini è dominata da un fenomeno costante, l'*illusione*, illusione che passa spesso al suo parossismo con l'assumere forma di vera e perfetta allucinazione. V'è un personaggio letterario, che per la natura sua eminentemente illusiva potrebbe paragonarsi al Cellini, ed è il Don Chisciotte del Cervantes. G. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Traité du Sang, sous la direction de A. GILBERT et M. WEINBERG. Tome I. J.-B. Baillière, Paris, 1913.

Il trattato sul sangue che vede la luce per i tipi di Baillière è « un'esposizione delle più complete delle conoscenze scientifiche nel sangue con tutti i dettagli che comporta la tecnica moderna »; il primo volume contiene in una parte l'esame chimico-fisico del sangue e dei suoi elementi anormali e patologici; una seconda parte è riservata allo studio degli elementi anormali provenienti dall'esterno (microbi, parassiti, funghi, ecc.). Del siero, del plasma e della sierodiagnosi, degli elementi ematici contenuti nei prodotti o nelle secrezioni dei vari organi si parlerà nel secondo volume.

Perchè l'opera riuscisse completa in ogni sua parte, dacchè l'ematologia ha allargato i suoi confini e ha raggiunto progressi straordinarii, la redazione dei vari capitoli è stata affidata ad autori di nota competenza: Gilbert e Chabrol svolgono il capitolo sulle proprietà fisico-chimiche del sangue, Nicloux il gas nel sangue, Nolf la coogulazione, Mouton e Weidenreich rispettivamente lo stato colloidale dei costituenti del sangue e il globulo rosso normale, Sabrazès il globulo rosso allo stato patologico, Aubertin la poliglobulia e Troisier la resistenza globulare e gli itteri emolitici, Pappenheim i leucociti normali, Fiessenger le zimodiagnosi, Sabrazès i leucociti allo stato patologico, e poi capitoli di Weil, Leger, Aynaud Jeanlet sulla leucemia, eosinofilia, globuline, sull'ultramicroscopio, ecc. ecc.

L'enumerazione dei capitoli di già dimostra come gli autori non hanno esitato nell'affrontare in *un trattato*, dei capitoli nuovissimi, che mantengono tutte le asperità delle cose nuove: ed è davvero un grande vanto della letteratura medica francese quello della feconda operosità, e della rapida divulgazione di tutto ciò che dallo studio più recente v'ha di utile: molti studiosi italiani non possono che a tali fonti ricorrere; il libro è uno di quelli che si prestano a colmare lacune, e dispensano dal ricercare nelle riviste alcuni argomenti che ancora non avevano avuto il battesimo nei capitoli dei trattati. *t. p.*

CRÉMIEU. **Radiothérapie des maladies du sang et des organes lymphoïdes**. J.-B. Baillière et fils éditeurs. Paris. L. 1 50.

Fa parte della raccolta delle « Actualités médicales » e prende in considerazione l'influenza elettiva dei raggi X sulle malattie del sangue e degli organi linfatici, mettendo in rilievo tutti i vantaggi che se ne possono ricavare. In rapida rassegna sono passate in rivista le leucemie, le anemie, le sindromi pseudoleucemiche, le adeniti, le splenomegalie aleucemiche, l'ipertrofia del timo, l'ipertrofia delle amigdale; e in breve e lucido quadro è esposto quanto finora di più utile e di più pratico si conosce. È un volumetto interessante per lo studioso che da esso può conoscere quanto si può attendere dai moderni presidî terapeutici. *t. p.*

MENSE C. **Handbuch der Tropenkrankheiten**. II. Auflage Verlag Iohann Ambrosius Barth. Leipzig, 1913. Mk. 16.20.

In pochi anni si è esaurita l'edizione tedesca di questo trattato sulle malattie tropicali, cui, sotto la direzione di Mense, hanno collaborato gli autori più specializzati in questi studi, tedeschi, inglesi, francesi e italiani. Ciò deriva sia dal pregio intrinseco del trattato sia dell'interesse che l'argomento suscita nel mondo moderno.

Della seconda edizione è uscito per ora il 1° volume.

Basta analizzarlo per avere la prova che non si tratta di una ristampa o di un aggiornamento della 1ª edizione, ma di tutto un riordinamento dell'opera, sotto le più recenti concezioni sui processi morbosi.

Il 1° volume è ora interamente dedicato agli animali inferiori come cause e veicoli di malattie, specialmente agli artropodi flebotomi. Le cognizioni naturalistiche ne costituiscono il fondamento, ma il maggiore sviluppo è dato all'azione che essi esercitano sull'uomo sia diretta, sia indiretta. Il trattato diretto dal Mense è un'opera di consultazione indispensabile per chi si occupa di medicina tropicale. A. V.

BENHAMOU E. **Le traitement du paludique**. Poinat, éditeur, Paris, 1913.

Nel breve opuscolo che fa parte delle *Consultations médicales françaises*, l'A. traccia la via al pratico nella cura della malaria, occupandosi della posologia e dell'uso del chinino e delle medicazioni arsenicali e schematizzando in fine la linea di condotta. Molte formule utili e dei consigli giudiziosi corredano l'opuscolo. *a. v.*

I titoli di due cenni bibliografici pubblicati nello scorso numero vanno così modificati:

Prof. BIEDL A. **Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie.** II. Auflage, Wien-Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1913. M. 24;

H. LENHARTZ, E. MEYER. **Mikroscopie und Chemie am Krankenbett.** Julius Springer, Berlin, 1913. M. 10.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Congresso della Federazione fra le Associazioni Nazionali del personale addetto alla vigilanza igienica.

Nei giorni 8 e 9 del corrente dicembre si è riunita in Roma, nella sede dell'Ordine dei medici, l'assemblea generale della Federazione del personale addetto alla vigilanza igienica, presieduta dal prof. T. Gualdi. Nei giorni precedenti si erano adunati già a Congresso gli Ufficiali sanitari Capi di Uffici d'igiene ed i sanitari addetti a questi uffici, nonchè avevano tenute separate riunioni i Consigli direttivi delle altre Associazioni federate (Società personale laboratori, U. S. liberi esercenti, U. S. medici condotti, veterinari).

All'assemblea federale intervennero quasi al completo i rappresentanti delle singole associazioni. Assistevano pure il presidente ed il segretario del Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma e molti sanitari.

Dopo vivace ed esauriente discussione svoltasi sui vari temi dell'ordine del giorno, il Congresso all'unanimità emise i seguenti voti:

«Il Congresso, considerato che in Italia l'esercizio della Sanità pubblica locale è storicamente ed attualmente opera esclusiva degli Uffici di igiene, mentre il legislatore li ha considerati solo incidentalmente e mantenuti ancora nell'orbita delle organizzazioni facoltative dei servizi comunali.

«Ritenendo cosa indispensabile che sia determinata la necessità ed obbligatorietà di tali uffici, come già fu fatno nella legge francese, in quanto essi costituiscono le unità fondamentali dell'organizzazione.

Fa voti:

a) Costituzione degli Istituti di igiene e sanità:

1° che si determinino con quella forma di diritto che si ravvisa più sollecita e pratica le condizioni di organizzazione e di funzionamento degli uffici suddetti, che dovranno denominarsi più giustamente *Istituti Municipali di igiene e sanità*;

2° che si affermi lo scopo statale degli interi Istituti come già fu dichiarata governativa la figura dell'Ufficiale sanitario capo, lasciando impregiudicata la competenza delle spese per il loro mantenimento, cioè se comunale, statale o consorziale fra Stato, Provincia, Comuni;

3° che sia tenuto fermo il principio della indivisibilità di tutte le funzioni riflettenti la igiene e sanità pubblica, e della coordinazione di esse sotto una direzione unica responsabile, giusta il concetto fondamentale della nostra legge sanitaria. L'indivisibilità deve mantenersi anche sui servizi consorziali previsti dalla legge attuale;

4° che sia obbligatoriamente richiesto il parere o la collaborazione dell'Istituto in qualunque provvedimento sanitario o per qualsiasi servizio anche facoltativo che riguardi direttamente o indirettamente la pubblica igiene o sanità; e perciò venga più specificatamente affermata la responsabilità dell'Ufficiale sanitario capo dell'Istituto e la nessuna ingerenza degli organi amministrativi nelle funzioni sanitarie;

5° che gli organici e le condizioni di nomina, d'impiego e di stipendio dei funzionari tecnici addetti agli Istituti siano stabilite con norme generali emanate dal Governo, determinando però le categorie d'impiegati tecnici laureati a cui quelli debbono essere pareggiati:

6° che alla compilazione di nuovi regolamenti governativi riflettenti la costituzione ed il funzionamento degli Istituti d'igiene e sanità partecipi una rappresentanza degli ufficiali sanitari Capi degli Uffici d'igiene e dell'alto personale tecnico addetto alla vigilanza igienica.

b) Posizione giuridica ed economica del personale degli Istituti:

1° che gli atti amministrativi in materia sanitaria non possono essere trasmessi all'autorità superiore senza il permesso dell'ufficiale sanitario;

2° che l'ufficiale sanitario sia chiamato nelle sedute di Giunta nelle quali si trattino argomenti igienico-sanitari;

3° che gli ufficiali sanitari Capi di Uffici d'igiene facciano parte di dirltto dei Consigli sanitari provinciali, delle Commissioni provinciali per l'applicazione della legge contro l'alcoolismo, della Commissione provinciale di beneficenza, del Consiglio scolastico provinciale, delle Commissioni degli spettacoli e teatri, ecc., e che abbiano il diritto di vigilare su tutte le istituzioni di assistenza igienico-sanitaria;

4° che, abrogando frattanto le incompatibilità degli articoli 10 e 17 del Regolamento sanitario 1901, sia fatta la dovuta parte all'elemento elettivo nei Consigli provinciali sanitari e nel Consiglio superiore di sanità;

5° istituzione di un titolo di base (medico igienista, chimico igienista, ecc.) da conseguirsi mediante esame di Stato, titolo che deve essere indispensabile per l'ammissione ai concorsi agli uffici delle amministrazioni igienico-sanitarie statale e provinciale, comunale (U. S. personale tecnico degli Uffici d'igiene, medici provinciali, segretari medici, ecc.);

6° il personale attualmente in servizio ha diritto a tale titolo;

7° tali concorsi saranno fatti per titoli e saranno giudicati da una Commissione, della quale dovranno far parte almeno un ufficiale sanitario Direttore di Ufficio d'igiene e due appartenenti alla categoria per la quale è aperto il concorso. Sarà titolo di preferenza il servizio prestato in un Ufficio d'igiene;

8° che al personale degli Uffici d'igiene vengano applicati l'art. 45 del Regolamento per la legge comunale e provinciale 12 febbraio 1911 e le disposizioni contenute nel Regolamento luglio 1906 per i medici condotti;

9° che i funzionari degli Uffici sanitari una volta assunti in servizio potranno venire promossi a tutti i gradi superiori;

10° che venga equiparato il servizio prestato negli Uffici sanitari a quello prestato allo Stato, sia in riguardo ai concorsi sia alla pensione colla possibilità di passaggio dall'uno all'altro Comune e da questo allo Stato;

11° integrazione della pensione mediante un contributo speciale, in modo da mettere i funzionari nelle stesse condizioni degli altri impiegati comunali;

12° diritto a compensi particolari in misura congrua, ove le amministrazioni assegnino al personale attribuzioni o mansioni non considerate nelle leggi o regolamenti governativi;

13° i diritti e compensi per prestazioni di carattere eminentemente privato vengono fissati in modo uniforme;

14° che sia concesso il diritto ai funzionari degli uffici sanitari ad una licenza di almeno due mesi a scopo di studio a carico dei Comune;

15° cumulo dei permessi annuali per due anni;

16° venga esteso ai funzionari il diritto ai ribassi ferroviari sulle ferrovie dello Stato;

17° venga concesso il biglietto tramviario o ferroviario permanente agli ufficiali sanitari per recarsi nel capoluogo di provincia.

c) Laboratori di vigilanza igienica.

1. Che sia abolito l'art. 101 del regolamento sanitario 1906 (dipendenza tecnica dei laboratori dal medico provinciale).

2. Che tutti i Laboratori comunali esistenti oltre quelli dei Comuni capoluoghi di provincia siano conservati e messi in condizione di poter nel miglior modo rispondere al fine per il quale furono istituiti.

d) Posizione giuridico-economica degli U. S. medici-condotti e medici liberi-esercenti.

Concorso e nomine:

Nei Comuni ove non esiste ufficio di igiene la nomina dell'ufficiale sanitario è fatta dal prefetto sempre sulle risultanze di un concorso per titoli ed esami, colle modalità previste dagli articoli 72-80 reg. 19 luglio 1906.

Al concorso possono partecipare tanto i medici condotti del Comune o Consorzio quanto i liberi esercenti.

Sino a che non sarà nominato per concorso l'ufficiale sanitario titolare, sarà incaricato dal prefetto un medico condotto a coprire interinalmente la carica di ufficiale sanitario.

Ai medici condotti e liberi esercenti, che all'attuazione della legge 25 febbraio 1904 avevano avuto la nomina di ufficiale sanitario *titolare* (triennale) ed erano in servizio da un biennio, si applica immediatamente la disposizione sulla stabilità.

Gli altri ufficiali sanitari attualmente incaricati del servizio, *che siano provvisti di titoli speciali d'igiene*, potranno essere dispensati dal concorso e dal periodo di prova, su parere conforme del Cons. San. Prov.

Stabilità:

L'ufficiale sanitario *titolare* sia medico condotto che libero esercente acquista diritto alla stabilità dell'ufficio e dello stipendio dopo due anni di prova in un medesimo Comune o Consorzio di Comuni.

Stipendio:

Quando è ufficiale sanitario il medico condotto, lo stipendio per tale carica è stabilito dalla proporzione di lire 100 per ogni mille abitanti del Comune o Consorzio, mai però al di sotto di 400 lire. Se il Comune trovasi in zone malariche dichiarate, lo stipendio sarà elevato del decimo.

Qnando l'ufficiale sanitario è un libero esercente il minimo di stipendio sia di lire 200 per ogni mille abitanti, oltre i diecimila, la proporzione è di lire 100, per ogni cento abitanti, con quattro aumenti quinquennali del decimo.

La direzione della profilassi in genere (malaria, risaie, ecc.) è affidata asclusivamente all'ufficiale sanitario nei singoli Comuni con diritto alla eventuale indennità.

Le disposizioni degli art. 21 e 37-41 legge sanitaria sono applicabili allo stipendio dell'ufficiale sanitario.

Agli ufficiali sanitari che eseguiscono visite od ispezioni fuori di residenza spettano le indennità di trasferta e di soggiorno contemplate nell'art. 86 reg. san. 19 luglio 1906.

Congedi:

Per quanto riguarda i congedi ordinari e straordinari, gli ufficiali sanitari avranno diritto allo stesso trattamento che i comuni fanno ai rispettivi medici condotti, in conformità dell'art. 29 reg. san. 19 luglio 1901.

Licenze e congedi saranno accordati dal prefetto, il quale darà l'incarico della supplenza ad un ufficiale sanitario viciniore.

Ufficio:

Ogni Comune o Consorzio dovrà mettere a disposizione dell'ufficiale sanitario un locale con la relativa suppellettile, registri, stampati ed oggetti di cancelleria. necessari pel regolare funzionamento dell'ufficio.

Ove ne sia dimostrata la necessità, l'ufficiale sanitario propone al sindaco di delegare ad altro personale tecnico l'incarico temporaneo di coadiuvarlo nella esecuzione delle sue funzioni.

Nelle ispezioni degli spacci e delle sostanze soggette a vigilanza sanitaria l'ufficiale sanitario sarà assistito in qualità di segretario dal segretario del Comune.

Ufficiali sanitari liberi esercenti.

Visto che i prefetti del Regno, malgrado il recente parere del Consiglio di Stato e le analoghe istruzioni ministeriali, non si decidono per la maggior parte ad applicare l'art. 13 della legge del 1904;

Visto che alcuni prefetti, malgrado il parere favorevole del C. S. P. bandiscono i concorsi con evidente eccesso di potere e per considerazioni estranee al pubblico interesse sanitario;

Visto che altri prefetti, contrariamente alla legge, rigettano alcune domande di ufficiali sanitari senza neanche sottoporle al parere del C. S. P.;

Gli ufficiali sanitari liberi esercenti chiedono formalmente al ministro dell'interno ed alla Direzione di Sanità, che emani subito categoriche istruzioni normative ai Prefetti del Regno perchè venga da essi applicato l'art. 13 della legge 1904 con equità e fanno parimenti voti che in alcuni casi di già avvenuti concorsi, ingiustamente banditi, siano adottati provvedimenti di equità e giustizia.

e) Veterinari:

(*omissis*).

***

Una Commissione fu ricevuta dal direttore generale della sanità, al quale succintamente espose i voti emessi dal Congresso.

Il comm. Lutrario, pur non assumendo alcun impegno sui provvedimenti che sarà necessario attuare nell'interesse dell'organizzazione dei servizi, promise di prendere in attento e benevolo esame i desiderata della classe e di riferire in merito al Ministro.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso Nazionale degli Ordini dei medici.

Il Congresso Nazionale degli Ordini dei medici sarà inaugurato in una sala della regia Università di Roma, il 20 dicembre alle ore 9. Pubblichiamo il suo ordine del giorno, nel quale sono argomenti di grande interesse per la classe medica italiana.

20 *dicembre — Seduta antimeridiana*: *ore* 9.

1. Inaugurazione del Congresso. Nomina della presidenza del Congresso. Verifica dei poteri.
2. Comunicazioni della Presidenza della Federazione.
3. Resoconto finanziario della Federazione (tesoriere dott. Ruzzini).
4. Modificazioni alla legge ed al regolamento sugli Ordini:
   a) modificazioni alla composizione dei Consigli amministrativi (consigliere prof. Gianturco);
   b) obbligatorietà della inscrizione e sanzioni giuridiche (consigliere dott. Filippetti);
   c) efficacia delle misure disciplinari (consigliere prof. Cappelletti);
   d) tutela dell'Ordine sui medici dipendenti da pubbliche Amministrazioni (consigliere dott. Evoli);
   e) semplificazioni e riforme delle procedure regolamentari (consiglieri professore Boccasso e dott. Marchese) (1).
5. Mezzi da adottarsi per l'attuazione dei voti del Congresso (Ordine di Parma. Ordini medici del Veneto).

Seduta pomeridiana: *ore* 15.

6. Modificazioni allo statuto della Federazione (consigliere-segretario dott. Garofalo).
7. Pubblicazione di un giornale organo della Federazione (consigliere on. dott. Campi).
8. Riunione dei Congressi medici (scientifici e professionali) (presidente prof. Guzzoni).
9. Composizione dei Consessi sanitari (Consiglio Superiore di sanità, Consigli sanitari provinciali) (presidente prof. Guzzoni. Ordini medici del Veneto. Ordine di Messina). Rappresentanza della classe medica nei Consigli Superiori dello Stato (Ordine di Messina).

(1) Diversi Ordini hanno preannunziato mozioni e proposte riguardanti il tema n. 4, e le svolgeranno durante la discussione.

21 *dicembre — Seduta antimeridiana: ore* 9.

10. Potere giurisdizionale sui medici condotti e sugli ufficiali sanitari (Ordine di Milano).
11. Diritto degli Ordini di stabilire una tariffa minima per le prestazioni medico-chirurgiche (Ordini medici del Veneto. Ordine di Porto Maurizio).
12. Rilascio dei certificati medici per l'Istituto Nazionale delle assicurazioni e per la Cassa Nazionale di previdenza (Ordine di Ferrara).
13. Riforma della tariffa per le perizie giudiziarie (Ordine di Avellino).
14. Sui medici stranieri (Ordine di Porto Maurizio).
15. Concessioni ferroviarie per i medici condotti e gli ufficiali sanitari (Ordine di Bari. Ordine di Palermo).

Seduta pomeridiana: ore 15.

16. Intervento degli Ordini per il miglioramento morale ed economico dei medici militari (Ordine di Torino).
17. Compensi ai medici condotti per il servizio ai presidi militari (Ordine di Chieti).
18. Cassa pensione per i medici ospedalieri (Ordine di Milano).
19. Cassa di previdenza e di soccorso per i medici liberi esercenti (Ordine di Palermo).
20. Sul diritto a portare il titolo di « dottore » (Ordine di Bergamo).
21. Sull'Ordinamento del Collegio degli orfani dei sanitari (Ordine di Palermo).
22. Abolizione degli ambulatorî medici nelle farmacie (Ordine di Palermo).
23. Esercizio abusivo delle levatrici, e riforme dell'insegnamento e dell'ammissione delle alunne levatrici (Ordine di Palermo).
24. Elezioni del Consiglio della Federazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(4189) *Case di salute.* — Il Dott. abbonato numero 4629 desidera conoscere quali estremi occorrono perchè una casa di salute possa funzionare.

La legge sanitaria stabilisce che nessuno può aprire e mantenere in esercizio un istituto di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica se non coll'autorizzazione del Prefetto, sentito il medico provinciale ed il parere del Consiglio provinciale di sanità. Occorre, quindi, presentare analoga domanda al Prefetto, unendo la pianta del locale prescelto.

(4191) *Infortunii sul lavoro.* — Il Dott. D. C. da C. L. desidera conoscere se un infortunato che non appartiene al Comune abbia diritto a cura gratuita e se il medico abbia diritto al pagamento della cura completa o solo della prima prestazione.

Salvo contrarie disposizioni contenute eventualmente nel capitolato, chi non appartiene al Comune non ha diritto alla cura gratuita. Se l'infortunato potrà essere ricoverato in uno ospedale al pagamento della relativa diaria deve provvedere il Comune di origine. Se non vi è ospedale il medico che privatamente lo cura può farsi da lui pagare, prelevando il compenso dalla indennità che sarà per spettargli. Alle prime immediate cure deve provvedere l'assuntore od impresario dei lavori.

(4192) *Supplenza.* — Il Dott. A. P. da T. espone che con recente modifica del capitolato, debitamente approvata fu divisa in due l'unica condotta pei poveri da lui tenuta. Fu stabilito che in caso di mancanza del collega egli avesse dovuto supplirlo con diritto a percepire il quarto dello stipendio. Chiede conoscere se tale disposizione del capitolato si possa applicare subito, non essendo ancora avvenuta la nomina dell'altro sanitario e se, quindi, debba a lui essere corrisposto in più il quarto dello stipendio dal giorno in cui intervenne l'approvazione del relativo atto deliberativo.

La disposizione del nuovo capitolato si deve, secondo noi, applicare dopo avvenuta la nomina del secondo medico condotto, perchè solamente allora la divisione della condotta diventa reale e concreta. Ora Ella presta lo stesso servizio per cui fu nominato e, perciò, non può chiedere compenso maggiore. Il Comune, innanzi che proceda alla nomina dell'altro sanitario ha diritto di esigere da Lei il servizio normale in base alla prima nomina e potrebbe anche revocare la istituzione della seconda condotta senza ledere con ciò i diritti eventualmente da Lei acquisiti.

(4193) *Pensione.* — Il Sig. abbonato n. 4992 chiede conoscere se essendo stato nominato medico condotto nel novembre ultimo abbia l'obbligo di iscriversi alla Cassa di previdenza e se, nell' affermativa, abbia il diritto di riscattare tredici anni di servizio precedentemente prestati.

Essendo stata nominata in seguito a concorso medico condotto, ha il dovere di iscriversi alla Cassa di previdenza. Poichè l'adesione avverrebbe posteriormente al 1909 non potrebbe più riscattare gli anni di servizio precedentemente prestati in base alla legge 2 dicembre stesso anno. Potrebbe profittare della legge sulle pensioni dei medici anziani, ma in tal caso dovrebbe pagare nel primo decennio una somma che si aggira fra le 5 o 6 mila lire oltre il contributo stabilito per legge.

(4194) *Ufficiale sanitario - Servizio ostetrico.* — Il Dott. A. P. da S. O. desidera conoscere se avendo esercitato per diverso tempo le funzioni di ufficiale sanitario come medico condotto unico esercente nel Comune abbia diritto a compenso e se avendo supplito e coadiuvato una empirica anche in casi di parti normali abbia egualmente diritto a compense.

Per l'esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario, nel silenzio del capitolato, le compete lo assegno che è all'uopo stanziato in bilancio. In caso di rifiuto da parte del Comune può chiedere alla G. P. A. la emissione del mandato di ufficio ed anche adire l'autorità giudiziaria comune. Qualora l'assegno stesso non fosse adeguato può chiedere alla stessa G. P. A. congruo aumento di ufficio, ai sensi dello articolo 26 del testo unico. Anche per la coadiuvazione prestata in casi di parto normale alla empirica può chiedere congruo compenso al Comune, avvalendosi in mancanza di altri elementi, di prove testimoniali. Si rivolga prima di ogni altro, bonariamente al Comune riserbandosi adire l'ordinaria autorità giudiziaria in caso di rifiuto.

Doctor JUSTITIA.

AVVERTENZA:

I quesiti pervenuti successivamente a quelli a cui si risponde nel presente fascicolo, avranno risposta nel I° fascicolo della prossima annata, che si pubblicherà il 4 gennaio 1914. Ciò per norma di quegli associati che hanno scritto o che volessero scrivere per sollecitare riscontro. *La Redazione.*

Nomine, promozioni e onorificenze.

FIRENZE. — Sono nominati assistenti i dottori: Roello Giovanni in clinica psichiatrica; Altamura Alfredo in clinica oculistica.

NAPOLI. — Il dott. Cedrangolo Ermanno è abilitato alla libera docenza in semeiotica.

PADOVA. — Il prof. Messedaglia Luigi è incaricato dell'insegnamento di microscopia clinica.

PARMA. — Il dott. Dominici Mariano è nominato assistente per l'anatomia umana.

PAVIA. — Il dott. Morone Giovanni è nominato aiuto in clinica chirurgica; il dott. Maura Giuseppe assistente nella stessa clinica.

TORINO. — Sono abilitati alla libera docenza in neuro-patologia i dottori Boveri Piero e Mattirolo Gustavo.
Sono nominati i dottori: Gazzola Tullio assistente in fisiologia; Borelli Lorenzo aiuto e Gastaldi Giuseppe assistente in clinica medica.

INNSBRUCK. — Il prof. Steyer di Greifswald è stato chiamato a dirigere la clinica medica in sostituzione di Schmidt, chiamato a Praga.

LOSANNA. — Il prof. Michaud di Kiel è stato assunto alla direzione della clinica medica al posto del prof. Bourget, deceduto.

Condotte e Concorsi.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Residenza in S. Pietro in Bagno; due condotte, per Bagno e Val di Bidente; L. 3700 lorde ciasc., L. 600 per obbl. cav. e due sessenni, cura piena. Scad. 25 dicembre.

BUSTO ARSIZIO (*Milano*). *Civico ospedale.* — Medico chirurgo assistente; L. 1600 nette, vitto, alloggio ed altri emolumenti. Rivolgersi alla Segreteria della Congreg. di carità. Scad. 31 dic.

CASTELBELLINO (*Ancona*). — A tutto il 31 dicembre condotta semi-residenziale: L. 3000 cura poveri, L. 500 semi-abbienti; L. 100 quale U. S.; L. 500 per mezzi di trasporto, lorde; tre sessenni. Servizio entro 15 giorni. Popol. inferiore 1500 ab.

* CASTELFIDARDO (*Ancona*). — Condotta chirurgica a cura gratuita per l'intera popolazione; L. 4000 lorde, esonero cavalc., esercizio professionale biennale durante l'ultimo quinquennio precedente al 28 novembre 1913. Obbligo direzione Ospedale e Reparto Cronici, prestazione d'opera per i malati del paese, sobborghi e territorio esterno; L. 100 se u. s. Scad. 31 dic.

CASTEL RITALDI e S. GIOVANNI (*Perugia*). — Condotta unica; ab. 1888; scad. 31 dic.; L. 3515 lorde; non obbl. di cav.; L. 100 quale U. S., L. 150 quale gestore a. f.; alloggio dietro ritenuta di L. 250; L. 500 se il sanitario vorrà tenere la cavalc.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — 1ª e 2ª condotta a cura piena; lire 3000 lorde e lire 700 per cav.; lire 0.50 d'indennità per ogni visita oltre un km. dalla residenza; due sessenni. Alla 1ª condotta è annessa l'indennità di lire 300 per U. S.; alla 2ª di lire 150 per l'a. f. Scad. un mese dal 7 dicembre.

CITTÀ DELLA PIEVE (*Perugia*). — Condotta chirurgica, a tutto 15 gen.; ab. 3000 circa agglomerati; L. 3240 pei poveri, L. 960 per gli abb., L. 1000 per l'ospedale. Assunz. servizio entro 10 giorni.

FIRENZUOLA (*Firenze*). — Medico condotto pei poveri; L. 2800 e L. 700 per cavalc. Scadenza 5 gennaio.

FOLLINA (*Treviso*). — Condotta libera; abitanti 3674; stipendio L. 3600, aumento decimo tre sessenni; mezzo trasporto L. 500; Ufficiale Sanitario L. 150. Questua fieno, senz'impegno comunale. Scadenza 31 dicembre 1913.

FRASSINELLE (*Rovigo*). — Medico; L. 3000 e tre sessenni, L. 500 per mezzi di trasporto e L. 200 quale U. S.; ab. 2148, condotta libera. Proroga al 25 dicembre.

GIRGENTI. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Naro e di Favara; L. 1600 e L. 2400 lorde. Età limite 45 anni al 24 nov. Scad. 26 dic.

* GROTTE DI CASTRO (*Roma*). — Una delle due condotte; L. 3750 lorde, cura piena; abit. 4101 dei quali 325 sparsi, servizio ospedale alternato con l'altro sanitario. Scad. 30 dic.

GUASTALLA. *Congregazione di carità.* — Concorso per titoli a medico assistente dell'Ospedale. Stipendio 1600 lorde. Alloggio nell'istituto e prima colazione. Incerti dalle 400 alle 600 lire. Nomina

annuale. Per schiarimenti rivolgersi al direttore medico, cui debbono anche inviarsi i documenti. Scadenza 31 dicembre.

IMOLA. *Congregazione di Carità*. — Concorso per titoli a medico assistente dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta. Stipendio L. 1620 lorde, alloggio nell'Istituto e vitto nei giorni di guardia. Scad. 25 dic.

INZAGO (*Milano*). — Condotta piena; L. 4220 nette. Scad. 5 gennaio.

* LARI (*Pisa*). — Condotto pei poveri di Casciana Alta; L. 2500. Scad. 25 dic.

LAVONE (*Brescia*). — Prorogato il concorso al 31 dicembre.

MAMERTINO (*Brescia*). — Consorzio con Fruna; L. 3467, due sessenni, alloggio. Scad. 31 dic.

MARETTO D'ASTI (*Alessandria*). — Condotto pei poveri e U. S.; L. 2000 lorde; abit. 750, famiglie povere 18. Scad. 10 gennaio.

MILANO. *Pio Istituto Oftalmico* (via Castelfidardo, 15). — E' vacante un posto di assistente. L. 100 mensili con alloggio e proventi eventuali.

*MONTALDO ROERO (*Cuneo*). — Medico per i poveri (150 circa), U. S., e necr.; L. 1700 ed alloggio; abit. 1689. Scad. 31 dic.

MONTEPARANO (*Lecce*). — Medico per la generalità; L. 2600 e quattro sessenni di L. 214; utili dell'armadio farmaceutico. Scad. 26 dicembre.

MONTEROSSO (*Cuneo*). — Consorzio con S. Pietro, Monterosso Pradleves e Castelmagno; L. 2500 lorde; ab. 6017, fam. povere 100 circa. Rivolgersi alla segreteria comunale di Pradleves, sede del consorzio. Scad. 31 dicembre.

OVARO (*Udine*). — Condotta piena; ab. 3800 in regione montuosa, nel capoluogo ed in 13 frazioni; L. 3100 pei poveri e L. 1350 per gli abbienti, lorde; tre sessenni; L. 1000 per cav.; eventualmente L. 150 quale U. S. Servizio entro 15 giorni. Scad. 4 genn.

* PERETO (*Aquila*). — Il concorso per la nomina del medico condotto è prorogato a tutto il 31 dicembre 1913. Stipendio lire 4000 con eventuale maggiore assegno di lire 500 Per maggiori informazioni rivolgersi al sindaco.

PERUGIA. *Università libera*. — Cattedra speciale di chirurgia dimostrativa e clinica generale, semeiotica e medicina operatoria; vedi fasc. 39. Scadenza 4 gennaio.

PIEDIMONTE S. GERMANO (*Caserta*). — Condotta piena: L. 3400 con 2 sess. di un dec. Scad. 28 dic.

PRALUNGO (*Novara*). — Medico condotto residenziale. Ab. 3000, poveri 20 circa. Stipendio L. 1500 lorde. L. 100 indennità uff. san. Servizio con retribuzione a parte nelle quattro Società locali. Clientela nei vicini comuni di Tollegno e Cossila. Termine per le domande 31 dicembre.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — Condotta piena; L. 2400 pei poveri e L. 600 per gli abbienti, lorde; assegni quale U. S. e per l'a. f. Abit. 1008 agglomerati. Età limite 45 anni. Scad. 40 giorni dal 28 nov.

REVINE LAGO (*Treviso*). — Medico; L. 3350 e L. 150 quale U. S., condotta libera, abit. 3037. Scad. 24 dic.

* RIVOLTO (*Udine*). — Condotta; L. 5200. Abitanti 4082. Scad. 31 dicembre.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso a 27 tenenti medici; L. 2400 oltre L. 200 d'indennità d'arma. Gli esami cominceranno il 26 genn. Scad. 10 genn. Età massima 30 anni al 10 nov. Diploma originale di laurea. Chiedere l'annunzio.

SALGAREDA (*Treviso*). — Condotta libera pel 1° riparto; L. 4000. Scad. 31 dicembre.

* SAN MARZANOTTO (*Alessandria*).— Medico condotto U. S.; L. 1200. Scad. 29 dicembre.

SANTA MARIA MAGGIORE e GRANA (*Novara*). — Consorzio; kmq. 14; ab. 2021; lire 1250 pei poveri (350 incirca), lire 1500 per gli abbienti, 250 lire quale U. S.; indennità di lire 1000. Scadenza 10 gennaio.

SERBARIO (*Cagliari*). — Medico per la generalità; L. 4300 lorde. Scad. 31 dicembre.

SESTO CAMPANO (*Campobasso*). — Condotto. L 3100 nette, cura piena; abit. 2552; L. 100 per mezzo di trasporto alle frazioni, L. 100 quale U. S., L. 200 per a. f., non più di 45 anni, s. e; r. Scad. 29 dic.

SETTIMO MILANESE (*Milano*). — Condotta libera; L. 3500, L. 100 quale U. S e L. 150 dalla locale O. P. Scad. 30 dicembre.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — Condotto pel 2 riparto, cura soli poveri; residenza nel capoluogo; L. 3000 lorde e tre quinquenni; L. 700 per cav. A tutto 30 dicembre.

VALDELLATORRE (*Torino*). — Medico chirurgo pei soli poveri (circa 80 famiglie); L. 2000 lorde, L. 200 quale U. S. e per a. f.; ab. 2360. Scad. 31 dicembre.

VERONA. *Ospedale Civile*. — Concorso per titoli a medico chirurgo assistente di II categoria; lorde lire 1200, e compenso di lire 3, oltre il vitto, per ogni servizio di guardia di 24 ore. Diritto all'alloggio ed alla colazione del mattino. Termine di chiusura del concorso 15 gennaio 1914. Per schiarimenti rivolgersi al Consiglio ospitaliero.

VICENZA. *Ospedale civile*. — Medico chirurgo secondario. Istanze alla segreteria non più tardi delle ore 16 del 30 dic. Assunzione biennale; conferma biennale. L. 1700 lorde, alloggio; nei giorni di guardia vitto e indennità di L. 4.

Interino per più mesi cercasi da Consorzio della Provincia di Roma. Domandare informazioni e specificare pretese al Sindaco di Licenza (Roma).

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati dalle singole Associazioni Sanitarie professionali.

Sono segnati con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide sanzionate: Modena a chirurgo primario dell'Ospedale congregazionale (dall'A. N. M. O.), Loano (Genova), Calimera e Camole (Lecce), S Marzanotto (Alessandria), Conselice [due condotte] e Massalone Barda [ora a scavalco] (Ravenna), Pereto (Aquila), Lari [per Casciana Alta] (Pisa), Montecarotto (Ancona).

Revoca di diffide: Roccaforte del Greco e Varapodio (Reggio Calabria), Mondovì, a medico primario dell'Ospedale S. Croce, Taranta Peligna (Chieti).

L'Associazione dei Medici Scolastici italiani, allo scopo di cooperare alla diffusione nelle famiglie delle norme più elementari di Igiene, bandisce un *Concorso Nazionale per un Libretto illustrato* ed attraente che valga ad imprimere nei fanciulli il concetto della necessità e della bellezza della più semplice ed accurata pulizia della persona e dell'ambiente in cui si vive.

Tale libretto dovrà rispondere alle seguenti condizioni:

a) non essere meno di otto nè più di sedici pagine di stampa, illustrazioni comprese;

b) avere illustrazioni in nero o a colori vivaci, espressive, e con senso artistico, le quali costituiscano la parte principale e più sviluppata del libretto;

c) il testo sia facile, piano, attraente. Esso potrà anche essere limitato a semplici leggende in prosa o in versi che commentino le illustrazioni;

d) il titolo del libretto e la copertina illustrata dovranno essere seducenti e tali da non tradire *a priori* il contenuto e la finalità a cui tende il libro;

e) sono disponibili per i lavori che meglio rispondano alle condizioni del concorso, *due premi*: l'uno di cento, l'altro di cinquanta lire, che verranno aggiudicate da una commissione di tre membri, due medici e un insegnante, specialmente competenti e da nominarsi dalla Presidenza della Associazione dei Medici Scolastici;

f) all'autore o agli autori (se il lavoro è fatto in collaborazione) resterà ogni diritto di proprietà letteraria e artistica e di cessione ad editori o periodici; ma il premio non verrà pagato ai vincitori se non dopo che sarà stata fatta la pubblicazione integrale del libro stesso, in un volumetto, senza alcuna variante del testo premiato e con la condizione che oltre ad una eventuale edizione di lusso ne sia, in ogni caso, fatta anche una popolare.

L'autore dovrà offrire alla Commissione giudicatrice almeno sei copie del libro stesso;

g) i manoscritti saranno anonimi e contrassegnati da un motto da riportarsi su una busta chiusa nella quale saranno contenuti: cognome, nome e indirizzo del o degli autori;

h) il concorso scade il 31 gennaio 1914 alle ore 17 e non si terrà conto dei lavori che arrivassero dopo quell'ora. Entro un mese dalla chiusura del concorso, sarà dato il giudizio sui lavori presentati;

i) i lavori dovranno essere inviati raccomandati al seguente indirizzo: Dott. Mario Ragazzi - Direzione della Rivista: *L'Igiene della Scuola*, via Balbi n. 15-19 - Genova.

MEDICINA SOCIALE

Della medicina dell'assicurazione-vita (1).

La legge con cui in Italia fu creato l'*Istituto Nazionale delle assicurazioni sulla vita*, segnando un primo passo verso una più larga politica di assicurazioni sociali, ha rappresentato l'inizio di un nuovo periodo nel campo della previdenza.

Al sempre maggiore sviluppo di questo *Istituto*, che si propone di diffondere anche negli strati più umili del nostro popolo l'alto senso del risparmio e della previdenza, e con il risparmio di tutti contribuire fortemente al rinnovamento fisico e morale del popolo, sono specialmente i medici italiani che devono dare l'opera loro.

In un Istituto di assicurazione-vita spetta al medico la maggiore responsabilità: lo sviluppo di questi Istituti si basa infatti sulla scrupolosa selezione degli individui che chiedono di esservi ammessi, e sull'esatta valutazione del vero valore della loro vita. Il medico assicuratore deve perciò essere non solo *accurato nella diagnosi*, ma deve anche essere un *prognosticatore*: egli infatti non solo deve sapere dire se una persona all'atto dell'assicurazione è sana, ma deve anche indicare le probabilità che ha questa persona di restare sana per un dato periodo di anni.

E poichè un *Istituto Nazionale* che esercita in regime di monopolio e non ha fini commerciali, ma un'alta finalità sociale, non può solo accettare gli eletti della vita, ma deve offrire il mezzo di giovarsi dei benefici della previdenza (sia pure con le dovute cautele) anche a coloro la cui vita rappresenta un valore minore, sorge difficile la questione di quanto le singole malattie possono diminuire il valore medio della vita. Ed è questo un argomento, il cui grande valore per la medicina dell'assicurazione-vita non può sfuggire ad alcuno, e che non potrà essere risolto se non dallo studio e dall' sperienza comune dei medici.

Nella pratica quotidiana della medicina dell'assicurazione-vita continuamente si presentano fatti che rendono titubante il medico assicuratore nelle conclusioni finali del suo esame e sull'importanza che a questi fatti deve egli dare nello stabilire il valore della vita dell'assicurando.

Quale importanza per es. in un soggetto giovane, con anamnesi buona, con sistema circolatorio integro deve darsi ad una leggera albuminuria con qualche raro cilindro ialino? Deve per questa albuminuria essere costui considerato come uno

(1) Con questo articolo « Il Policlinico » inizia l'adempimento di una promessa contenuta nel programma del 1914, promessa che sarà mantenuta in avvenire con cura assidua, a maggiore utilità del medico esercente. (*N. d. R.*).

la cui vita ha un valore minore? Ed ecco sorgere la questione delle albuminurie nei rapporti con la medicina dell'assicurazione-vita.

E così pure con quali criteri rispetto alla durata della vita ed alle probabilità di morte debbono essere giudicati i glicosurici? Debbono essere tutti i glicosurici respinti, ovvero bisogna distinguere alcune forme, le quali dando una maggiore probabilità di vita, possono essere accettate?

Altri argomenti di sommo interesse sono quelli che si riferiscono alle aritmie, alla sifilide, alla tubercolosi clinicamente guarita ed alle molteplici questioni dell'eredità nei rapporti del cancro, della tubercolosi, della sifilide, della pazzia, delle malattie del ricambio

Sono questi tutti argomenti che ogni giorno nella pratica della medicina dell'assicurazione-vita si presentano e che meritano quindi un'ampia discussione ed uno studio diligente: e certamente nello studio di questi problemi debbono oggi i medici italiani apportare la loro competente esperienza.

All'estero, specialmente in Germania, in Inghilterra, in America, la medicina dell'assicurazione-vita ha cultori numerosi e trattatisti valenti e oltre che in particolari rubriche di molti dei maggiori giornali medici gli argomenti di medicina dell'assicurazione-vita sono trattati anche da periodici speciali (*Zeitschrift für Versicherungsmedizin, Zeitschrift für die gesamte Versicherungs Wissenschaft, Moniteur des assurances, Bulletin de l'association internationale des Médecins experts des Compagnies d'assurances, Blätter für Vertrauensärtze der Lebensversicherung*).

È sopratutto in Germania che la medicina dell'assicurazione-vita ha oggi cultori numerosi e valenti. In Berlino vi è un Circolo per lo sviluppo degli studi assicurativi (*Deutscher Verein für die Versicherungs Wissenschaft*) che comprende tre sezioni: attuariale, giuridica, medica. Ogni anno si tengono adunanze in cui ogni sezione discute argomenti di indole speciale, e poi in seduta plenaria si discutono argomenti che possono essere di interesse generale. Per cura di questo Circolo è stato raccolto in un volume di circa 250 pagine un indice di tutti i lavori che nei vari rami dell'assicurazione sono stati scritti in Germania dalla seconda metà del secolo XIX fino ad oggi, e nel capitolo che riguarda la medicina dell'assicurazione-vita sono citati tutti i lavori fatti in questo campo.

Il *Deutscher Verein* tiene anche ogni anno corsi di perfezionamento sulla tecnica delle assicurazioni, ed in questi corsi i migliori fra i cultori della medicina dell'assicurazione-vita trattano i vari argomenti che interessano nella loro pratica i medici assicuratori.

È tutto un insieme di studi ancora in Italia a molti sconosciuto e che è necessario per il più grande incremento dei nostri Istituti assicurativi sviluppare anche fra noi. E noi abbiamo piena fiducia che i medici italiani consapevoli che in gran parte dall'opera loro sapiente ed intelligente, dipende l'avvenire dell'*Istituto Nazionale delle assicurazioni*, vorranno portare nei vari problemi da noi appena enunciati tutto il contributo della loro grande esperienza.

14 dicembre 1913.

Dott. SILVESTRO SILVESTRI.

NOTIZIE DIVERSE

L'VIII Congresso Nazionale di ortopedia.

Si è tenuto a Firenze negli scorsi giorni.

Hanno destato vivo interesse le comunicazioni svolte. Il prof. Alessandri ha riferito «sopra un nuovo processo di autotrapianto osseo libero». Il professore Nicoletti si è trattenuto «sulla infibulazione nella osteo-sintesi», che ha portato come contributo clinico la completa guarigione del caso di frattura totale esposta della gamba.

Il prof. Dalla Vedova ha riferito «sopra l'amputazione femorale sopracondiloidea osteoplastica a cappuccio cinematico»; il prof. Purpura ed il dott. Cusumano «sull'anastomosi dei tronchi nervosi».

Dai lavori del Congresso emerge luminoso il notevole contributo che gli eminenti cultori italiani dell'ortopedia hanno in breve tempo apportato a questa nuova branca della medicina.

Il XV Congresso nazionale di dermatologia e sifilografia

si svolge a Roma con largo intervento di insigni cultori della specialità.

Daremo in altro numero un resoconto dei lavori compiuti.

Corso pratico di perfezionamento in Pediatria.

Nell'anno scolastico corrente 1913-914 avrà luogo presso la Clinica Pediatrica all'Università di Roma al Policlinico Umberto I un corso di perfezionamento in Pediatria per i laureati in medicina e chirurgia.

Il corso avrà la durata di un semestre e s'inizierà il 12 gennaio 1914.

Saranno impartiti i seguenti insegnamenti: 1. Lezioni di clinica pediatrica e conferenze cliniche speciali per i perfezionandi (prof. Concetti); 2. Malattie dei neonati e malattie infettive (prof. Modigliani); 3. Esercizi di semeiotica infantile (prof. Luzzatti); 4. Igiene e Terapia infantile (prof. Spolverini); 5. Ortopedia (professore Dalla Vedova); 6. Terapia fisica nelle malattie infantili (prof. E. Luisada).

L'orario è combinato in modo che gli iscritti, come negli altri anni anni, possono contemporaneamente frequentare anche il corso di perfezionamento in Ostetricia e Ginecologia, ovvero quello di Igiene.

Alla fine del corso, quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova d'esame, riceveranno un diploma di perfezionamento in Pediatria.

Per essere ammesso si deve farne domanda su carta bollata di 50 centesimi al Rettore della R. Università, non più tardi del 31 dicembre 1913, presentando; *a*) Fede di nascita, debitamente legalizzata dal Presidente del Tribunale; *b*) Diploma o certificato di Laurea in Medicina e Chirurgia (anche di Università estere; *c*) Quietanza di lire 100.05 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria lire 12.02 occorrenti per la sopratassa di esame e marca da bollo per il libretto.

Per ritirare il diploma in pergamena gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da centesimi 60 e pagare L. 8.72.

Coloro che nelle ore lasciate libere dalle lezioni volessero essere ammessi al Laboratorio (purchè vi siano posti disponibili), per eseguire ricerche speciali, dovranno pagare la tassa mensile di lire 20 stabilita dalla Facoltà.

Corso speciale di ostetricia, ginecologia e pediatria.

Dal 12 gennaio al 13 febbraio 1914 sarà tenuto nei RR. Istituti clinici di perfezionamento in Milano un Corso speciale di ostetricia, ginecologia e pediatria per laureati in medicina e chirurgia. Il programma particolareggiato verrà reso quanto prima di pubblica ragione.

La tassa d'iscrizione è fissata in lire 30.

Le iscrizioni si ricevono presso l'Economato degli Istituti clinici, via Commenda, n. 10, Milano.

Corso teorico-pratico di perfezionamento in Igiene e Polizia Sanitaria.

Nell'Istituto di Igiene della R. Università di Catania avrà luogo il Corso bimestrale d'igiene per Laureati, dal 15 gennaio al 15 marzo.

Tassa di L. 100, all'Economo della R. Università.

L'iscrizione verrà chiusa il 12 gennaio 1912.

Per altri schiarimenti rivolgersi al Rettore.

Per gli ospedali di Roma.

La Giunta generale del bilancio discusse sul disegno di legge per la conversione in legge del decreto che autorizza la Cassa depositi e prestiti a somministrare al tesoro lire 2,600,000 per fornirli all'Istituto di Santo Spirito in Roma.

L'on. Falletti nella sua qualità di antico commissario degli ospedali riuniti di Roma rifece la storia delle vicende finanziarie dell'istituto, osservando che non ostante la nomina del commissario regio, Bedendo, e quella successiva del commissario Gaieri, non si è potuto ancora raggiungere l'assetto finanziario neppure per il futuro: propose quindi, e la Giunta accettò, che l'on. Schanzer — relatore — nell'esame del disegno di legge si renda conto delle suddette vicende per sapere se e quali sacrifici finanziari siano ancora necessari per sistemare definitivamente la sezione ospedaliera.

La Croce Rossa.

Il Comitato regionale della Croce Rossa ha preso in esame due proposte importanti e cioè: l'acquisto di automobili per il trasporto dei malati e feriti e l'attuazione della recente legge che accorda al Comitato la facoltà di estrarre una tombola nazionale di un milione. Circa la seconda proposta, fu sospesa ogni deliberazione relativa alla data dell'estrazione, ma fu votata quella riguardante l'impiego del capitale che si ricaverà dalla tombola a totale beneficio della istituzione in Roma di un ospedale della Croce Rossa, che oltre ad essere utile alla città sarà di agio agli ufficiali ed al personale dell'Associazione iscritti alla IX circoscrizione, per far pratica onde acquistare quelle cognizioni utili e riguardanti la loro missione. La tombola sarà gestita dalla Banca d'Italia.

Accompagnata dal presidente dell'Associazione, conte della Somaglia, una Missione sanitaria militare argentina ha visitato i magazzini del materiale della Croce Rossa.

La Missione non esitò a dichiarare che fra le organizzazioni straniere da essa studiate, quella della Croce Rossa Italiana può tenere uno dei primi posti, se non il primo.

L'assicurazione dei contadini contro gli infortuni sul lavoro.

L'on. Gerini ha interrogato il Ministro di agricoltura, industria e commercio « per sapere se e quando presenterà all'approvazione del Parlamento un disegno di legge per l'assicurazione dei contadini contro gli infortuni sul lavoro ». L'on. Capaldo ha assicurato che il disegno di legge in parola è allo studio.

Per l'igiene nelle tipografie.

Al IX Congresso tipografico nazionale tenutosi a Bologna dal 15 al 14 nov. u. s. il dott. Carozzi espose brevemente sul tema « Igiene tipografica e lavoro femminile », in seguito a che venne approvato il seguente ordine del giorno:

« Il IX Congresso Tipografico Nazionale, richiamandosi agli ordini del giorno votati nei precedenti congressi;

riconosciuto come le condizioni d'ambiente e del materiale di lavoro rappresentino un importante fattore nella genesi delle comuni malattie e determinino quelle che oggi si riconoscono proprie ad alcune professioni, che, come la tipografica, obbligano l'operaio al quotidiano contatto di pulviscolo piombifero;

fa voti che a somiglianza di quanto s'è fatto de altre nazioni e ultimamente dall'Austria colla Ordinanza del Ministero degli Interni e del Commercio in data 23 agosto 1911, si emani anche in Italia e per l'industria grafica (fonderie di caratteri e tipografie) un regolamento speciale che valga a meglio tutelare l'igiene, la sicurezza e la salute degli operai in quelle occupati;

e nell'intento di attenuare il danno che lo esercizio della professione apporta agli organismi minorandone le resistenze verso le malattie tutte e sopratutto verso le forme infettive, la tubercolosi in prima linea, come la dolorosa quotidiana esperienza e le statistiche comprovano, domanda agli enti competenti che il lavoro di composizione tipografica sia compreso fra le professioni insalubri e pericolose, elencate nella tabella *A* del Regolamento della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli;

e poichè il funzionamento delle macchine a comporre non è che una vera e propria fondita di caratteri, invita il Consiglio superiore del Lavoro a voler provvedere affinchè per gli addetti a tali macchine si applichi senz'altro la vigente legge, che appunto vieta di adibire le donne minorenni e i fanciulli alla fondita dei caratteri ».

Il dott. Carozzi accennò ad un progetto, da lui presentato in unione al professore Luigi Devoto e al Comitato Centrale, per la creazione di una Cassa Nazionale d'Assicurazione contro le malattie per gli appartenenti alla classe tipografica.

Per la difesa della maternità.

La Società medico-chirurgica di Bologna, in seguito ad una comunicazione del socio prof. G. Finizio intitolata « La mortalità infantile in rapporto al lavoro delle madri », nell'adunanza del 20 novembre u. s. ha approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

La Società medico-chirurgica di Bologna;

constatato che i figli delle operaie del laboratorio pirotecnico e della manifattura tabacchi presentano una mortalità superiore anche a quella dei bambini della popolazione più povera della stessa Bologna;

riconosciuto che la più elevata mortalità dei figli delle anzidette operaie non deve ascriversi a condizioni intrinseche al lavoro delle madri, ma a condizioni estrinseche: trascurata assistenza della prole in genere, e maggior frequenza dell'allattamento mercenario in ispecie;

riconosciuto che la *crêche* nell'opificio, col permettere la custodia del lattante e col facilitare l'allattamento materno nelle ore di lavoro, attenua sensibilmente la mortalità dei figli delle operaie;

fa voto presso le autorità competenti che, al pari di quanto già esiste presso la manifattura tabacchi di Chiaravalle da oltre un ventennio e presso molti altri opifici, sia dipendenti dallo Stato, sia privati, venga istituita una *crêche* anche presso il laboratorio pirotecnico e presso la manifattura tabacchi di Bologna.

Propaganda igienica.

Il dott. Nicola Giusti, medico ispettore capo pei servizi di assistenza sanitaria nel suburbio ed Agro romano, nella tenuta Torre del Padiglione della Società dei beni rustici, in presenza di numeroso pubblico, ha parlato degli errori e dei pregiudizi popolari sulla malaria, insegnando con esposizione chiara e con parola facile e piena di spirito ai campagnoli quali sono i mezzi per lottare con efficacia contro l'infezione malarica. Assistevano il prof. Celli, l'ispettore generale della sanità comm. Ravicini, il medico provinciale prof. Badaloni, i medici dell'Agro romano delle stazioni sanitarie vicine dottori Escalar, Sorani, Castellani, i maestri del luogo.

Negli stabilimenti di Milano e Dergano della Ditta Carlo Erba si sono inaugurate due scuole interne per gli operai addettivi, allo scopo di impartire loro nozioni utili, compresa l'igiene.

La Società « Uva » contro l'alcoolismo.

Questa Società si propone di raggiungere l'intento di sviluppare il commercio dell'uva mangereccia fresca e conservata come alimento, nonchè la lavorazione ed il commercio degli altri prodotti analcoolici della vite.

Il Comitato provvisorio, che alla prossima assemblea cederà il posto al Comitato definitivo, è così formato: rag. Alberto-Borella; prof. Davide Levi-Morenos; prof. Angelo Menozzi; prof. Augusto Moretti; dott. Giuseppe Ollino; dott. Alessandro Schiavi; prof. Giuseppe Seppilli.

Del Collegio dei probiviri fanno parte il dottor Angelo Filippetti, l'on. Luigi Luzzatti e l'onorevole Edoardo Ottavi.

Sanatorî galleggianti per bambini.

Ad un Congresso internazionale di igiene infantile tenuto recentemente a Buffalo (Stati Uniti), ove quasi tutte le repubbliche americane e parecchie nazioni europee erano rappresentate, venne proposto, tra generali acclamazioni, di indirizzare un appello ai Governi di tutte le nazioni civili per domandare che le navi da guerra minori, una volta messe fuori uso, siano trasformate in asili e sanatori per i bambini tubercolosi poveri.

Consentiamo anche noi nella proposta; ma perchè non provvedere ad irrobustire anche i bambini sani?

Il centenario della scoperta dell'Iodio.

Il centenario della scoperta dell'Iodio, dovuta al chimico di Digione Bernard Courtois, fu celebrato in questa città il 9 novembre. Ebbe luogo un ricevimento al Municipio; poi fu inaugurata una targa commemorativa. Nel pomeriggio venne pronunziata una conferenza dal signor Motignon, professore di chimica al Collegio di Francia; infine si tenne un banchetto.

La dichiarazione della scoperta dell'Iodio fu fatta all'Accademia delle Scienze nel novembre del 1813; perciò il Comitato delle onoranze volle commemorare questa data, sebbene il Courtois facesse rimontare la sua scoperta a diciotto mesi prima.

Propaganda igienica in India.

Il Governo inglese, onde facilitare il compito della propaganda igienica nell'India, ove le difficoltà di avvicinare le donne indigene da parte dei medici rendeva quasi impossibile l'educazione igienica del popolo, ha pensato di istituire un primo nucleo di venticinque medichesse destinate al servizio coloniale, affidando loro il compito di istruire le donne indiane nell'allevamento igienico del bambino e nella osservanza delle regole igieniche nell'economia domestica.

Le medichesse che intendono assumere questo servizio non devono avere un'età inferiore ai 24 nè superiore ai 30 anni, devono possedere un diploma conseguito presso le università del Regno Unito, dovranno compire un tirocinio di tre o sei mesi presso qualche ospedale, dopo di che saranno confermate definitivamente. All'età di 48 anni potranno ritirarsi dal loro ufficio.

I medici inglesi che esercitano nell'India si ripromettono i migliori risultati dalla cooperazione che potranno avere dalle nuove colleghe.

Una scuola d'infermiere a Vienna.

Per decreto del Ministero dell' Interno verrà organizzata a Vienna, presso l'Ospedale generale, a spese del Municipio, una scuola per infermiere.

Le allieve debbono aver raggiunto 18 anni di età ed essere fornite della licenza elementare o di un titolo equipollente.

Durante due anni d'internato le allieve riceveranno gratuitamente l'istruzione professionale, alloggio, vitto e assistenza medica; in seguito dovranno prestare per tre anni la loro opera negli ospedali, dopo di che verrà loro conferito un diploma di Stato.

Influenza delle forti emozioni sulle gestanti.

A Parigi una signora fu vittima di un accidente di vettura, pel quale venne ritenuto responsabile il cocchiere e condannato a pagare 150 franchi di danni.

Ella aveva riportato delle ferite ad un braccio e ad una spalla.

In quel tempo era incinta. Dopo cinque mesi dette alla luce una bambina deforme. Attribuì le deformità della piccina allo spavento avuto ed intentò una nuova causa contro il proprietario della vettura, chiedendo un indennizzo di 50.000 franchi.

La Corte ha nominato tre periti nei professori Pozzi, Bonnaire e Paul. Si presume che la relazione di tre clinici così competenti farà testo in tutte le cause ulteriori del genere.

E' da avvertire che la credenza popolare sulla possibilità che una forte emozione della gestante possa determinare delle deformità nel nascituro non è suffragata per ora da dati scientifici attendibili.

Società internazionale per la distruzione razionale dei topi.

Questa associazione conta già numerose società, amministrazioni, camere di commercio; essa è patrocinata dalle autorità sanitarie della maggior parte dei paesi civilizzati. Il suo ufficio permanente è a Copenaghen. (Copenaghen, K. Cort, Adelersgade, 8. Danemark).

L'associazione si propone di favorire tutti gli sforzi per lo sterminio dei topi e di riunire nei diversi paesi l'appoggio di tutte le individualità, collettività ed autorità per raggiungere questo scopo.

L'associazione internazionale si incarica di far conoscere, per questo oggetto, i mezzi di distruzione, i progressi e le riforme d' interesse generale.

Essa raccoglie periodicamente i risultati ottenuti e l'opinione delle persone competenti sulle questioni allo studio.

Essa prepara con delegati ai diversi congressi d'igiene, l'adozione di misure e disposizioni internazionali proprie a conseguire il fine proposto.

Essa si unisce a riassumere i voti presentati e cerca di farli adottare dalle autorità e dai poteri legislativi dei differenti paesi. — (*Gazz. d. Osped.*).

Operazioni estetiche.

Una vecchia signora di Lione stipulò un contratto con un medico perchè le livellasse le rughe del volto e del collo e il medico la trattò, pare, con successo. Ma sopravvennero disturbi; la signora li imputò alle operazioni subite e citò l'operatore, pretendendo 20 mila lire di danni.

Il tribunale trovò che il contratto era illecito poichè la vecchia signora aveva avuto la stupida pretesa di ringiovanire e il medico aveva con indecente réclame speculato sopra debolezze femminili che vanno biasimate e non eccitate. Condannò il medico a versare alla querelante 500 lire per danni.

Congressi medici internazionali del 1914.

Gennaio 8-11. Mosca. Congresso Internazionale per Assistenza ad alienati.
Luglio 28-2 agosto. Pietroburgo. XII Congresso Internazionale di Oftalmologia.
Estate. ? Budapest. VIII Congresso Internazionale di Antropologia criminale.

L'indice dell'annata.

Il prossimo fascicolo sarà destinato interamente all'indice dell'annata.

Il faticoso e ingrato lavoro della compilazione di un indice diligente è spesso schivato dalle redazioni dei periodici scientifici. Eppure assai più che nei libri — ove la materia è già raccolta e ordinata sistematicamente — un indice dettagliato ed esteso si dimostra utile nei periodici, per chi voglia ritrovare in modo rapido e sicuro gli argomenti trattati.

Questo concetto è stato espresso con efficacia dall'aforisma inglese: *un periodico vale quanto il suo indice.*

Ispirandoci a tali criteri e sollecitati dalle approvazioni e dai suggerimenti dei nostri lettori, siamo venuti migliorando di anno in anno l'indice del nostro giornale.

Ed ora lo abbiamo reso notevolmente più completo e più pratico.

Come al solito, esso verrà ripartito in tre sezioni: per materie, per rubriche e per autori.

Nell'indice alfabetico delle materie abbiamo moltiplicato i riferimenti; ossia uno stesso soggetto comparrà sotto varie voci o diciture, per modo da agevolarne la ricerca. Anche negli scorsi anni ci eravamo attenuti a questo principio, ma ora lo abbiamo applicato più largamente. Ci lusinghiamo così di soddisfare appieno al voto formulato da un recente « Congresso internazionale della stampa medica ».

Nell'indice per materie abbiamo compreso anche la « cronaca del movimento professionale » e le « risposte a domande e quesiti », argomenti che ne erano stati esclusi negli scorsi anni. In tal modo abbiamo esaudito il *desideratum* espressoci da alcuni lettori. — Gli argomenti d'interesse professionale si distingueranno facilmente da quelli scientifici perchè posti in corsivo.

Anche nell'indice delle rubriche abbiamo portato una innovazione notevole, in quanto che vi figureranno i « cenni bibliografici », ripartiti per argomenti.

***

Nel suo insieme l'indice del nostro « Policlinico » risponderà dunque sempre meglio al suo fine e otterrà — non ne dubitiamo — il plauso incondizionato dei lettori. B.

Rassegna della stampa medica.

La Rif. Med., 15 nov. PALMULLI. « La patogenesi dell'ulcera gastrica ». — FORMIGGINI. « Cisti del funicolo spermatico di origine connettivale ».

La Ginecol., 10-11. SFAMENI. « Sui fibromiomi uterini ».

Giorn. Intern. d. Sc. Med., 15 nov. FABIANI. « Cura incruenta della lussazione congenita dell'anca ».

Mediz. Klinik, 16 nov. BRUCK. « Chemoterapia della tubercolosi ». — PORTNER. « Diagnosi e terapia dell'ematuria ».

Le Scalpel, 16 nov. WELSCH. « Patogenesi dello strozzamento retrogrado dell'intestino nell'ernia a W ».

St. Pet. Med. Woch, 12 nov. SCHABERT. « Il blocco cardiaco in clinica ». — LAURENTZ. « Sull'ulcera duodenale ». — FEIERTAG. « Splenomegalia cronica familiare di tipo Gaucher ». — SCHWARZ. « Sulla distrofia adiposo-genitale tipo Fröhlich ».

Riv. di Ig. e San. pubbl., 16 nov. BERTARELLI. « La profilassi del tifo esantematico ».

Riv. Osped., 15 nov. ANGELINI, « Risultati del pneumotorace artificiale alla Forlanini ». — MILIANI. « Sieroterapia antitubercolare interumana ». — SCADUTO. « La röntgenterapia nella lotta contro il lupus ».

Rev. Neurol., 15 nov. CASTEX. « Nuovo riflesso in soggetto con sindrome cerebellare ».

Pensiero Med., 16 nov. CATTANI. « Le frontiere della tubercolosi ».

Berl. Klin. Woch., 17 nov. WEGELIN. « L'infiltrazione grassa alimentare del cuore ». — BLUM. « Clinica e terapia del coma diabetico ».

Klin.-ther. Woch., 17 nov. STEYERTHAL. « Apprezzamento della paralisi progressiva ».

Münch. Med. Woch., 18 nov. WEBER. « L'impulso al giugulo ». — EICHHORST. « Sulla profilassi dell'anafilassi ».

Allg. Wien. med. Zeitung, 18 nov. MAYET. « Elioterapia della tubercolosi chirurgica ».

La Trib. Méd., 10. MEILLÈRE. « Rivista di tossicologia ».

Gazz. d. Osp., 18 nov. BORINI. « Pseudo-appendicite da ascaridi ».

Ann. di Med. Navale, I-IV. Numero consacrato ai servizi sanitari della R. Marina durante la guerra libica.

Riv. di Patol. Nerv. e Ment., 18 nov. BUSCAINO. « GRASSI. Sterine e lipoidi nel sistema nervoso cerebrale ». — CIUFFINI. « I tumori della pia centrale ». — DE LISI, SIMONELLI. « Determinazione del potere antitriptico del siero di sangue ».

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 22. GREISERT. « Trattamento dell'anchilostomiasi ». — GROTHUSEN. « Il trattamento della malaria ». — MENSE. « Osservazioni sulla pellagra ».

La Presse Méd., 19 nov. LANDOUZY. « Eritema nodoso e setticemia a bacilli di Koch ».

Gazz. Med. It., 20 nov. BINDA e CASSARINI. « Composti aromatici presenti nell'espettorato ».

Il fascicolo di dicembre 1913 *della nostra* **Sezione Medica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Dott. P. Sisto** - Ricerche sull'anemia perniciosa progressiva.

II. **Dott. A. Brugnatelli** - Un caso di peritonite biliosa con versamento di bile nel peritoneo senza perforazione dell'apparato biliare.

III. **Dottori C. Sforza e G. Cosco** - Sulla diffusione della tubercolosi umana ai muscoli e al midollo delle ossa.

IV. **Dott. A. Anselmi** - Contributo clinico al valore diagnostico delle antistafilolisine.

Il fascicolo di dicembre 1913 *della nostra* **Sezione Chirurgica** *contiene i seguenti lavori:*

I. **Dott. A. Pignatti** - Innesti sul deferente.

II. **Dott. E. Bartolotta** - Contributo operativo e istologico allo studio dei fibromi congeniti ed elefantiatici della palpebra inferiore.

III. **Dott C. Foroni** - Sclerectomia ab-externo.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XX (Sezione Pratica).

Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXI uscirà il 4 gennaio 1914.

Roma, 9113 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.